



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی، درمانی استان اردبیل

معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه

عنوان طرح: مقایسه تاثیر روشهای آموزش حضوری و غیرحضوری رابطان و

کارکنان بهداشتی بر آگاهی مادران و تغییرات آنتروپومتریک شیرخواران

نام و نام خانوادگی مجریان: یوسف حمیدزاده اربابی و علی نعمتی

تاریخ اجرا: ۸۸ - ۱۳۸۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سپاس و تقدیر: این طرح با کمک مالی معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اجرا شده است لذا بدینوسیله از آقای دکتر میرزا رحیمی معاون محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه، آقای دکتر ارزنلو مدیر محترم پژوهش و اعضای شورای پژوهشی دانشگاه، سایر مجریان محترم، سرکارخانم شربانی مسئول نهاد غیردولتی و همکارانش، آقای رائی مسئول محترم روابط عمومی و کارکنان واحد بهداشت مادر و کودک مرکز بهداشت شهرستان اردبیل و مراکز بهداشتی - درمانی شهر اردبیل و همه افرادی که در مصاحبه و آموزش حضوری و غیر حضوری و تکمیل پرسشنامه با مجریان این طرح همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

چکیده

مقایسه تاثیر روشهای آموزش حضوری و غیرحضوری رابطان و کارکنان بهداشتی بر آگاهی مادران و تغییرات آنترپومتریک شیرخواران

مقدمه و هدف: بکارگیری راهکارهای مناسب برای بهبود الگوی تغذیه ای در صدر اولویتهای بهداشت تغذیه ای قرار دارد. یکی از این راهکارها، آموزش بهداشت تغذیه می باشد. انواع آموزشها به مادران ارایه می گردد اما تاثیر این آموزشها کمتر مورد ارزیابی واقع شده است. این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه تاثیر روشهای آموزش حضوری و غیرحضوری کارکنان و رابطان بهداشت بر آگاهی مادران از تغذیه شیرخوار و تغییرات آنترپومتریک شیرخواران آنان انتخاب و اجرا گردید.

روش کار: این طرح یک مطالعه شبه تجربی بود. در این طرح، تاثیر روش آموزش حضوری مشتمل بر آموزش چهره به چهره و آموزش غیرحضوری با استفاده از یک کتابچه آموزشی توسط کارکنان و رابطان بهداشتی شهر اردبیل مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهشی ما مادران و کودکان شیر خوار زیر ۶ ماه آنان بودند که در سه ماه آخر سال ۱۳۸۷ و سه ماه اول سال ۱۳۸۸ به مراکز بهداشتی درمانی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. در این مطالعه، تعداد ۳۰۳ نفر از ۱۶ مرکز بهداشتی بصورت تصادفی ساده بعنوان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها یک پرسشنامه دارای اعتبار و روایی بود. مداخله آموزشی به روش حضوری و غیر حضوری بر اساس برنامه از قبل تعیین شده اجرا و پس از ۲ ماه، سنجش مجدد انجام گرفت. یافته های این تحقیق در نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که میانگین سن مادران ۲۶/۹ با انحراف معیار ۵/۸ بود، حدود ۹۰٪ مادران خانه دار، حدود ۷۵٪ از مادران فقط از شیرخودشان استفاده می کنند و حدود ۳٪ خانمها فقط از شیر خشک استفاده می کنند. بیشترین اطلاعات خانمهای شیرده به ترتیب از طریق کارکنان و رابطان بهداشتی کسب شده بود. یافته های این تحقیق با استفاده از آزمون ANOVA نشان داد که روش آموزش حضوری کارکنان نسبت به غیر حضوری کارکنان و حضوری و غیر حضوری رابطان بهداشت موثر تر بوده و اختلاف میانگینها در چهار روش معنی دار بود ($P < 0/05$). اختلاف معنی داری بین سطح دانش تغذیه آنها در مورد تغذیه کودکان قبل و پس آموزش مشاهده شد ($p < 0.05$). بین روشهای آموزش و سطح آگاهی بعد از آموزش تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$). اختلاف آماری معنی داری بین قد و وزن قبل از آموزش و پس از آموزش مشاهده گردید ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: هر چند آموزش حضوری کارکنان از بقیه موثرتر بود ولی هر چهار روش در افزایش آگاهی و تغییرات آنترپومتریک موثر بود لذا پیشنهاد می گردد که انواع آموزشها بکار گرفته شود تا آگاهی و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و پیشگیری کننده از سوء تغذیه کودکان بهتر گردد اما به آموزش چهره به چهره کارکنان بیشتر توجه شود.

کلید واژه ها: آموزش حضوری، آموزش غیر حضوری (کتابچه)، مادران شیرده، شیرخواران، آنترپومتریک، اردبیل

فهرست مطالب

فصل اول: طرح تحقیق

۲	..... مقدمه
۳	..... بیان مسأله
۵	..... اهداف
۶	..... تعریف واژه ها

فصل دوم: پیشینه تحقیق یا مرور متون

۱۰	..... مروری بر مطالعات انجام گرفته در جهان
۱۰	..... سابقه مطالعات در ایران

فصل سوم: شیوه اجرای تحقیق

۱۳	..... روش کار
۱۳	..... تعداد نمونه و روش نمونه گیری
۱۳	..... روش گرد آوری اطلاعات

فصل چهارم: نتایج

۱۶	..... اندازه های آنتروپومتریک مادران شیرده
۱۶	..... اندازه های آنتروپومتریک شیرخواران مورد مطالعه
۱۷	..... تعداد فرزندان مادران مورد مطالعه
۱۷	..... فراوانی سطح تحصیلات مادران شیرده مورد مطالعه
۱۷	..... وضعیت مسکن مادران مورد مطالعه
۱۸	..... وضعیت اشتغال مادران
۱۸	..... رتبه شیر خوار اخیر در بین فرزندان
۱۹	..... منابع کسب اطلاعات مادران
۲۰	..... وضعیت شیر دهی مادران
۲۰	..... وضعیت آموزش و اطلاع رسانی قبل از زایمان

۲۰	وضعیت کاری مادران شیرده در دوره شیردهی
۲۱	وضعیت استراحت مادران شیرده در دوره شیردهی
۲۲	وضعیت پاسخ های صحیح مادران به سئوالات آگاهی در افراد مورد مطالعه
۲۴	وضعیت پاسخ های صحیح مادران به سئوالات آگاهی در گروه شاهد
۲۴	میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد با مورد
۲۴	وضعیت آگاهی قبل و بعد مادران با استفاده از روشهای حضوری و غیرحضوری آموزش
	میانگین سن، وزن و قد مادران، سن پدران، تعداد وعده های شیردهی در ۲۴ ساعت و شبانه، سن کودک
۲۶	قد و وزن و دور سر کودک در بدو تولد، قبل از آموزش و ۲ ماه بعد از آموزش
۲۷	وضعیت اندازه های قد، وزن و دور سر دختران و پسران قبل و بعد از آموزش در ماههای مختلف
۲۷	میانگین اندازه های آنتروپومتریک شیرخواران مذکر در قبل و بعد از آموزش

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۳۰	بحث و مقایسه نتایج با یافته های دیگران
۳۲	نتیجه گیری کلی
۳۲	محدودیت طرح
۳۲	پیشنهادهای
۳۲	تشکر و قدردانی

ضمائم

۳۲	منابع
۳۷	پرسشنامه
۴۱	کتابچه آموزشی

فصل اول: طرح تحقیق

مقدمه

بیان مسئله

تعریف واژه ها

اهداف

فرضیات

مقدمه

بسیاری از بیماریهای دوره بزرگسالی ریشه در تغذیه زمان کودکی دارند و بخش عمده ای از الگو و عادات غذائی انسانها در کودکی شکل می گیرد. بکارگیری راهکارهای مناسب برای بهبود الگوی تغذیه ای و ارتقای سطح سلامت در آنها در صدر اولویتهای بهداشت تغذیه ای قرار دارد (۱ و ۲). نتایج مطالعات نشان داده که سوء تغذیه در بین کودکان زیر ۵ سال شایع است خصوصا از ۶ ماهگی این وضعیت آغاز می شود (۳). یکی از علل مهم اختلال رشد کودکان، مشکلات تغذیه ای است که بخش عمده آن مربوط به ناآگاهی های تغذیه ای خانواده از نحوه تغذیه کودکان می باشد (۴). از طرفی، تغذیه سالهای اولیه کودکی برای تثبیت رفتارهای تغذیه ای آینده کودکان نقش بسیار مهمی دارد (۵). زیرا، کودکانی که تغذیه نامناسب دارند بیشتر بیمار می شوند و بیماریشان طولانی تر می شود. سرعت زیاد رشد در سالهای اولیه زندگی و عدم آگاهی از تغذیه مناسب کودک از عوامل دخیل در شیوع سوء تغذیه در کودکان زیر پنج سال است. کودکانی که در سالهای اولیه زندگی از غذای مناسب و کافی محروم بوده اند ضریب هوشی پائین تری داشته و در دوران مدرسه قادر به انجام تکالیف خود نیستند (۶). کودکان ایرانی با وزن مناسب بدنیا می آیند ولی بین ۴-۶ ماهگی بتدریج شروع به از دست دادن وزن می کنند که به احتمال زیاد حاصل نیاز کودک به غذای کمکی، انتخاب الگوی غذایی نامناسب برای تغذیه کمکی و عادات نادرست تغذیه باشد. بدلیل ناکافی بودن مراقبتهای بهداشتی و نداشتن آگاهی لازم، این کاهش وزن تا ۱۸ ماهگی ادامه داشته و از این زمان به بعد علیرغم افزایش وزن موازی با خط مرجع، منحنی رشد همواره در سطح پائین تری از منحنی میانه مرجع سیر می کند (۴). هرچند در سالهای اخیر کوششهای زیادی از طرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در جهت آموزش تغذیه صحیح کودکان به مادران به عمل آمده است اما پژوهشگران طی تحقیقات مختلف به این نتیجه رسیده اند که یکی از راهکارهای اصلی برای بهبود تغذیه و رشد کودکان، مداخلات آموزشی و استفاده از انواع مختلف آموزش می باشد (۴). در حال حاضر، آموزش تغذیه به مادران توسط مراقبین سطوح اولیه در مراکز بهداشتی صورت می گیرد و همه کارکنان بهداشتی مسئولند تا با آموزش و مراقبت از کودکان، در حفظ الگوهای طبیعی رشد آنان اقدام لازم و بموقع را انجام دهند. اما گسترش پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی در شهرها با آهنگ افزایش جمعیت شهری به ویژه در حاشیه شهرها همخوان

نبوده است و طرح استفاده از رابطان بهداشتی نیز به منظور مقابله با این مشکل طراحی شده است. یکی از مهمترین اصول در آموزش نیز بکارگیری شیوه های مناسب آموزشی می باشد. در دنیای امروز که تکنولوژی به سرعت در حال پیشرفت است نیاز به تغییر در سیستم آموزشی و یافتن روشهای مناسب و با صرفه برای آموزش احساس می شود. راجع به تاثیر روشهای آموزشی، تحقیقات مختلفی انجام گرفته و نتایج مثبتی را بدنبال داشته است. بین آگاهی تغذیه ای مادران با وضعیت تغذیه کودکانشان ارتباط وجود دارد و کارکنان مراکز بهداشتی و والدین نقش مهمی در تغذیه کودکان دارند (۷). حمایت از تغذیه با شیر مادر نباید تنها محدود به سیستم بهداشتی باشد بلکه باید فعالیتهای بیشتری را در برگیرد و باید کوششها در جهت تغییر فرهنگ برای تغذیه شیرخوار و دفاع از شیر مادر همگانی باشد. نتایج تعدادی از مطالعات انجام شده موید معنی دار بودن ارتباط بین آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه ای مادر و وضع تغذیه کودک است (۸، ۹) بطوریکه افزایش آگاهی مادران می تواند منجر به بهبود رشد کودکان شود (۱۰، ۹). با توجه به اهمیت آگاه بودن مادران از اصول تغذیه شیرخواران در پیشگیری از مشکلات تغذیه ای و عوارض نامطلوب روشهای نادرست تغذیه در رشد و نمو شیرخواران، مطالعاتی روی میزان آگاهی مادران انجام شده است. در مطالعه ای در هند نشان داده شد آموزش مادران در زمینه تغذیه شیرخواران باعث بهبود در نوع، کمیت و کیفیت غذاهای تکمیلی شیرخواران و افزایش قد و وزن کودکان شده است (۱۱). بر اساس نتایج بدست آمده، آموزش برنامه تغذیه ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی توسط پزشکان متخصص اطفال به مادران تاثیر بسزائی بر روی روند رشد کودکان در گروه سنی ۲۴ - ۶ ماهگی دارد (۱۲). سایر مطالعات صورت گرفته نشان می دهد که برنامه های آموزشی همراه با غذای کمکی باعث بهبود وزن کودکان ۵ - ۲ ساله می شود (۱۳). با توجه به اینکه مطالعه ای در شهر اردبیل صورت نگرفته است لذا بر آن شدیم تا مقایسه تاثیر روشهای آموزش حضوری و غیرحضوری کارکنان و رابطان بهداشت بر آگاهی مادران از تغذیه شیرخواران و تغییرات آنتروپومتریک شیرخواران آنان را بسنجیم و مورد مطالعه قرار دهیم.

کلید واژه ها: آموزش حضوری (چهره به چهره)، آموزش غیر حضوری (کتابچه)، مادران شیرده، شیرخواران،

آنتروپومتریک، اردبیل

بیان مساله: تغذیه خوب برای تامین و حفظ سلامت در سراسر ایام زندگی بشر ضروری می باشد. تغذیه خوب از زمان بارداری شروع و تا دوران سالمندی ادامه می یابد و در اینکه غذا یکی از مهمترین نیازهای زندگی میباشد بسیاری از

مردم و همه کارکنان تیم بهداشتی به آن واقف هستند (۱۴). تغذیه مناسب در رشد و تکامل طبیعی کودکان نقش مهمی دارد (۱۵). با عنایت به اینکه بیشترین رشد مغزی کودک در سالهای اولیه زندگی است، اهمیت تغذیه مناسب در رشد، یادگیری و کارکرد کودک غیر قابل انکار است اما با این وجود در کشور ما اختلال رشد ناشی از مشکلات تغذیه ای از شیوع فراوانی برخوردار است (۱۶). برای مثال، شاخصهای تن سنجی کودکان زیر ۵ سال ایران در سال ۱۳۷۷ نشان می دهد که ۵/۳ درصد شیرخواران ۲۴-۵ ماهه از لاغری متوسط تا شدید رنج می برند؛ ۱۹/۴۵ درصد آنان از کوتاهی قد متوسط تا شدید رنج می برند؛ ۱۶/۷ درصد آنان از کم وزنی متوسط تا شدید رنج می برند و ۲۳/۱ درصد آنان از کم وزنی خفیف رنج می برند (۱۷). عوامل اجتماعی، روان شناختی و فیزیولوژیکی زیادی می توانند تغذیه انسانها را تحت تاثیر قرار دهند (۱۸). در دنیای در حال تغییر، راهنماهای تغذیه ای به افراد کمک می کند تا برنامه های غذایی سالم، بهداشتی و ایمن را برای خودشان داشته باشند (۱۴). پژوهشگران طی تحقیقات مختلف به این نتیجه رسیده اند که یکی از راهکارهای اصلی برای بهبود تغذیه و رشد کودکان، مداخلات آموزشی و استفاده از انواع آموزشها می باشد (۱۹). در حال حاضر آموزش تغذیه به مادران توسط مراقبین سطوح اولیه در مراکز بهداشتی صورت می گیرد (۱۵) و همه کارکنان بهداشتی مسئولند تا با آموزش و مراقبت از کودکان و الگوهای طبیعی رشد آنان اقدام لازم و بموقع را انجام دهند (۱۷) اما گسترش پوشش مراقبتهای اولیه بهداشتی در شهرها با آهنگ افزایش جمعیت شهری به ویژه در حاشیه شهرها همخوان نبوده است و طرح استفاده از رابطان بهداشتی نیز بمنظور مقابله با این مشکل طراحی شده است (۱۷). هر چند در حال حاضر همه کارکنان بهداشتی در آموزش بهداشت به مادران مشارکت دارند ولی در عین حال، نارسائی رشد کودکان و لزوم آموزش بهداشت جزء اولویتهای مهم کشور و از جمله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل مطرح بوده است (۲۰). از طرفی، یکی از مهمترین اصول در آموزش نیز بکارگیری شیوه های مناسب آموزشی می باشد. در دنیای امروز که تکنولوژی به سرعت در حال پیشرفت است نیاز به تغییر در سیستم آموزشی و یافتن روشهای مناسب و با صرفه برای آموزش احساس می شود (۲۱). راجع به تاثیر روشهای آموزشی، تحقیقات مختلفی انجام گرفته و نتایج گوناگونی و متنوعی را بدنبال داشته است. در نهایت اینکه، مطالعات نشان میدهد که زنان باردار و شیرده و کودکان بیش از سایر افراد جامعه در برابر سوء تغذیه آسیب پذیرند. اثرات سوء تغذیه مادران عبارتند از وزن کم نوزاد هنگام تولد، نبود ذخایر غذایی در مادر، کم خونی، مسمومیت دوران بارداری و خونروی پس از زایمان (۲۱). بدلیل اهمیت میزان مرگ و میر کودکان به عنوان شاخص توسعه، مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۱۹۸۰ قطع نامه ای را تصویب کرد که بر اساس آن

تمامی کشورها باید هدف خودشان را کاهش مرگ و میر کودکان به میزان کمتر از ۵۰ در هزار تولد زنده در پایان سال ۲۰۰۰ قرار دهند (۲۲). هر چند جمهوری اسلامی به این هدف دست یافته است اما از طرفی، در حال حاضر، کمی وزن و کوتاهی قد از مشکلات مهم کودکان ایرانی می باشد که شیوع آن ۱۵/۷٪ گزارش شده است (۲۳) و نارسائی رشد کودکان در ایران هنوز از شیوع بالایی برخوردار است و این امر عوارض مختلفی دارد که صرف نظر از مرگ و میر، مشکلات ذهنی و جسمی قابل توجهی را با عوارض دراز مدت برای کودک به ارمغان آورده و در نهایت بر پیکره اقتصاد و وجهه بین المللی جامعه لطمات جبران ناپذیری وارد می سازد (۲۴). در تائید این امر، بر اساس نتایج نیازسنجی مجیدپور و همکاران؛ مرگ و میر کودکان کمتر از ۵ سال، سوانح، نارسایی رشد کودکان، بیماریهای ایسمیک قلب و آموزش بهداشت جزء ۵ اولویت، پژوهشهای دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار دارند (۲۰). لذا نه تنها پزشکان بلکه سایر کارکنان و افراد نیز در این خصوص نقش دارند (۱۵). با توجه به موارد مطرح شده، ضرورت اجرای طرحهایی مانند این طرح کاملاً ضروری بنظر میرسد. در این طرح ما تاثیر دو روش حضوری آموزش (ترکیب سخنرانی با پرسش و پاسخ) با روش غیر حضوری آموزش (کتابچه آموزشی) را بر آگاهی مادران و تغییرات آنتروپومتریک شیرخواران آنان را بررسی کردیم.

اهداف

الف) هدف کلی طرح

تعیین و مقایسه تاثیر روشهای آموزش حضوری و غیرحضوری کارکنان و رابطان بهداشت بر آگاهی مادران از تغذیه شیرخوار و تغییرات آنتروپومتریک شیرخواران آنان

ب) اهداف اختصاصی

۱- تعیین مشخصات دموگرافیکی مادران شیرده (میانگین سنی، شغل، تعداد فرزندان، تحصیلات، وضع مسکن، محل سکونت و...

۲- تعیین سطح آگاهی مادران در زمینه تغذیه شیرخواران قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه

۳- تعیین اندازه آنتروپومتریک کودکان شیرخوار مادران تحت مطالعه قبل و بعد از آموزش در هر دو گروه

۴- مقایسه سطح آگاهی مادران از تغذیه شیرخواران و تغییرات آنتروپومتریک کودکان در دو روش آموزشی در قبل و بعد از آموزش،

۵- مقایسه تاثیر روشهای آموزش بهداشت حضوری و غیر حضوری کارکنان بهداشتی با رابطان بر آگاهی مادران و اندازه های آنتروپومتریک کودکان

(ج) هدف کاربردی

در صورت جواب گرفتن از مطالعه فوق راهکارهای مناسب برای افزایش آگاهی مادران و مشارکت بیشتر آنها در امر شیردهی و تغذیه کودکان و همینطور افزایش مشارکت رابطان کارکنان بهداشتی در برنامه های آموزشی به مقامات مرتبط ارائه خواهیم داد.

سئوالات پژوهش

سئوالات پژوهشی عبارتند از:

- ۱- آگاهی مادران از تغذیه شیرخوار قبل و بعد از آموزش در چه سطحی است؟
- ۲- آیا روشهای آموزش بهداشت حضوری رابطان و کارکنان بهداشتی بر آگاهی مادران موثرتر است یا روش غیر حضوری؟
- ۳- وضع اندازه های آنتروپومتریک کودکان قبل و بعد از آموزش چگونه است؟
- ۴- آیا روشهای حضوری آموزش بهداشت رابطان و کارکنان بهداشتی بر تغییرات آنتروپومتریک کودکان موثرتر است یا روش غیر حضوری؟
- ۵- آیا آموزش کارکنان بهداشتی بر آگاهی مادران از تغذیه شیرخواران و اندازه های آنتروپومتریک کودکان موثرتر است یا آموزش رابطان؟

تعریف واژه ها :

مرکز بهداشتی - درمانی شهری: مرکز بهداشتی - درمانی شهری یکی از واحدهای سطح اول ارائه دهنده خدمات بهداشتی در شهر محسوب می شود که گروه هدف اصلی آنها مادران و کودکان هستند. در این مطالعه فهرست مراکز از مرکز بهداشت تهیه و مراجعین ۱۲ مرکز مورد مطالعه قرار گرفت.

پایگاه بهداشتی: پایگاه بهداشت نیز یکی از واحدهای سطح اول ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در شهر

محسوب می شود که گروه هدف اصلی آنها مادران و کودکان هستند با این تفاوت که وابسته به مراکز بهداشتی -

درمانی شهری می باشند. در این مطالعه فهرست پایگاهها از مرکز بهداشت تهیه و مراجعین ۴ مرکز مورد مطالعه قرار گرفت.

آموزش حضوری: آموزشهایی هستند که در آنها مربی و فراگیر بدون واسطه بطور مستقیم حضور دارند و ارتباط دو جانبه بین آنها برقرار است. در این مطالعه، روش چهره به چهره توسط کارکنان و رابطان بهداشت بکار گرفته شد

آموزش غیر حضوری: به هر نوع آموزشی اطلاق می شود که در آنها بین فراگیر و مربی فاصله و حایلی وجود دارد و ارتباط یکطرفه از مربی به طرف فراگیر تنظیم می شود. در این مطالعه، روش کتابچه توسط کارکنان و رابطان بهداشت بکار گرفته شد

سخنرانی: روشی است که در آن مربی بصورت کلامی و شفاهی محتوای مورد نظر خود را در اختیار فراگیر قرار میدهد در حالی که ارتباط از مربی بسوی فراگیر است و مربی متکلم وحده و فراگیر مخاطب وحده است. در این مطالعه، روش سخنرانی برای توجیه علمی کارکنان و رابطان بهداشت در مرکز بهداشت بکار گرفته شد

پرسش و پاسخ: روش و فنی است که در طی آن فراگیران و مربی با اشتیاق و علاقه راجع به موضوعی با یکدیگر تعامل مستقیم برقرار میکنند و مربی پس از سخنرانی، از فراگیران درخواست میکند که راجع به موضوع مورد سخنرانی هر گونه سئوالی دارند یک به یک مطرح کنند تا مربی در حد توان به آنها جواب مناسبی ارائه کند. در جلسه مرکز بهداشت پس از سخنرانی متخصص تغذیه و مربی آموزشی بین آنان و مخاطبین پرسش و پاسخ برگزار گردید.

کتابچه: از انواع روشهای آموزشی غیر حضوری است که علم و تجربه را یکجا در اختیار مخاطب قرار می دهد، از روشهای آموزش جمعی محسوب می شود، بیشتر برای افراد با سواد کاربرد دارد و در مواقعی که مربی کافی در دسترس نباشد میتوان از آن استفاده نمود. در این مطالعه، کتابچه ای ۱۲ صفحه ای با استفاده از منابع مختلف و با مشارکت متخصص تغذیه و مربی آموزشی تهیه و پس از تکثیر بشکل سیاه و سفید تکثیر و توسط کارکنان و رابط گروه غیر حضوری بین مادران واجد شرایط توزیع شد.

رابط بهداشتی: خانمی است که بصورت داوطلبانه و بدون چشم داشت با مراکز بهداشتی - درمانی شهری همکاری می کند و پس از گذراندن دوره های کوتاه مدت حداقل ۵۰ خانوار را تحت پوشش قرار می دهد و پیامهای مراکز بهداشتی - درمانی را به خانواده ها می رساند. در این مطالعه، تعداد ۱۶ رابط فعال، داوطلب و علاقمند به همکاری انتخاب و بکار گرفته شدند (۸ نفر آنان برای آموزش حضوری و ۸ نفر دیگر برای آموزش غیر حضوری).

آنتروپومتریک: منظور از آن، اندازه قد و وزن کودکان شیرخوار است که در قبل و بعد از اجرای مداخله آموزشی

مورد اندازه گیری و ارزیابی قرار می گیرد. در این مطالعه اندازه های قد و وزن و دور سر کودکان شیرخوار در سه

مقطع تعیین گردید اندازه های بدو تولد از پرونده، بار دوم قبل آموزش و بار سوم بعد از آموزش اندازه گیری شد.

آگاهی مادران: منظور نمره است که مادران از ۱۸ سؤال مربوط به شیرمادر و عوامل موثر بر تغذیه شیرخوار در قبل

و بعد از مداخله آموزشی بدست آورند. نمونه از سؤالات پرسشنامه پیوست می باشد.

فصل دوم: پیشینه تحقیق یا مرور متون

کلیاتی راجع به تغذیه با شیر مادر

مروری بر مطالعات انجام گرفته در جهان

سابقه مطالعات در ایران

کتابچه مربوط به تغذیه نوزاد با شیر مادر و زمان شروع تغذیه کمکی

مقدمه: پیشرفت سریع علم و تکنولوژی تحولات چشم گیر و دستاوردهای تحسین برانگیزی را در ساختار اجتماعی و اقتصادی جوامع کنونی پدید آورده است. برای دستیابی به سطح مطلوبی از زندگی بشری، مشارکت فعال و آگاهانه تمامی افراد جامعه ضروری است. یک بخش اساسی از زندگی، برخورداری از سلامت و بخصوص سلامت مادران و کودکان است. برای داشتن جامعه سالم در آینده، بایستی کودکان سالم تربیت کنیم. در رشد و تربیت کودکان، مادران نقش مهمی دارند. در این راستا مشارکت مادران در تغذیه شیرخواران یک امر اساسی محسوب می شود. این کتابچه به منظور افزایش آگاهی مادران دارای کودک شیرخوار تهیه شده است. امید است با مطالعه دقیق مطالب این کتابچه و بکارگیری راهنمایی های آن فرزندان سالمی را تربیت و تحویل جامعه نمائیم.

زمان تغذیه کودک با شیر مادر: تغذیه با شیر مادر مطلوب ترین شیوه تغذیه یک نوزاد است، شیرمادر غذایی طبیعی است که بلافاصله بعد از تولد نوزاد فراهم می شود، شیر مادر بهترین شیر برای نوزاد است و بصورت بی نظیری با نیازهای تغذیه ای نوزاد تازه تولد یافته و شیرخوار تناسب دارد. از سن ۶ ماهگی به بعد شیر مادر به تنهایی کافی نمی باشد و در نتیجه اگر به شیر خوار به موقع غذای کافی داده نشود، دچار سوء تغذیه، کوتاهی قد و عواقب ذهنی نامطلوب می شود که در سالهای بعدی عمر قابل جبران نمی باشد. بعلاوه، در این دوران تغذیه نامناسب موجب کاهش مقاومت نسبت به عفونت، افزایش شدت و طول مدت بیماری و افزایش دفعات ابتلا به بیماریهای عفونی می گردد. بهترین زمان برای شروع غذای کمکی پایان ۶ ماهگی است. کودکان از پایان ۶ ماهگی تا پایان دو سالگی نیاز به تغذیه مخصوص دارند. به آنان باید حداقل ۵ تا ۶ بار در روز غذا داد.

چرا شیر مادر غذای کاملی است؟ شیر مادر شامل تمام مواد مغذی است که شیرخوار در ۴ تا ۶ ماه اول زندگی به آنها احتیاج دارد و سریع و راحت هضم می شود؛ شیر مادر شامل پروتئین و چربی مناسبی است که نیازهای طبیعی شیرخوار را تامین می کند؛ لاکتوز (قند شیر) شیر مادر بیشتر از سایر شیرها است و این همان چیزی است که شیرخوار انسان به آن نیاز دارد؛ آهن شیر مادر برای کودک کافی است؛ شیر مادر دارای آب کافی برای شیرخوار است مادر حتی اگر در آب و هوای گرم زندگی کند؛ شیر مادر به میزان مناسبی نمک، کلسیم و فسفات دارد؛ شیرمادر دارای آنزیم لیپاز است که باعث هضم چربیها می شود؛ شیر مادر دارای لاکتوفرین است که به آهن می چسبد که این خود از رشد

باکتری‌هایی که به آهن احتیاج دارند، جلوگیری می‌کند؛ شیر مادر حاوی مواد ضد باکتری مانند لاکتوفرین، عامل بیفیدوس، گلوبول‌های سفید و مواد ایمنی بخش در مقابل عفونت دارد است؛ شیر مادر به حفاظت نوزاد در برابر اسهال، سرفه، سرماخوردگی و سایر بیماری‌های شایع کمک می‌کند؛ شیر مادر سالم، پاکیزه و بهداشتی برای مصرف با دمای مناسب است؛ شیر مادر ارزان است و احتیاج نیست هزینه‌ای صرف خرید آن شود؛ شیر مادر همیشه آماده برای مصرف است و به هیچ نوع آماده سازی احتیاج ندارد؛ شیر مادر هرگز در پستان ترش یا فاسد نمی‌شود، حتی اگر مادر چند روز کودک خود را از پستانش تغذیه نکرده باشد؛ تغذیه با شیر مادر باعث ایجاد روابط روانی و عاطفی عاشقانه و محکم بین شیر خوار و مادر می‌گردد؛ تغذیه با شیر مادر موجب افزایش تولید شیر می‌شود. هر کودک نیاز دارد که بطور مکرر از پستان مادر تغذیه کند. این امر موجب میشود شیر مادر به اندازه کافی جهت رفع نیازهای کودک تولید شود؛ ترکیب شیر مادر همیشه یکسان نیست بلکه بطور طبیعی تغییرات مهمی در آن دیده می‌شود. ترکیب شیر مادر حتی در طول هر وعده شیر دهی تغییر می‌کند. در شروع تغذیه، آبی رنگ و آبکی بنظر می‌رسد اما این شیر غنی از پروتئین، قند، ویتامین‌ها، املاح و آب است. در انتهای شیردهی، شیر سفیدتر است. چون حاوی چربی است که این چربی منبعی غنی از انرژی است. کودک به هر دو نوع شیر جهت رشد و نمو احتیاج دارد.

مضرات تغذیه مصنوعی به جای شیر مادر: تغذیه با شیشه شیر و شیر خشک ممکن است به بیماری‌های خطرناک و حتی مرگ منجر شود. شیر گاو، انواع شیر خشک، حریره بادام و سایر غذاهای نوزاد که بوسیله شیشه به کودک داده می‌شود به هیچ وجه او را در مقابل اسهال، سرماخوردگی، سرفه‌ها و سایر بیماری‌ها حفاظت نخواهد نمود.

خطرات مصرف شیرهای خشک: آلودگی: اغلب شیرها به میکروب آلوده میشوند. **عفونت:** کودکانی که با بطری تغذیه می‌شوند بیشتر به عفونتهای تنفسی و اسهال مبتلا می‌شوند. سایر خطرات شامل اسهال مزمن، کمبود ویتامین و آهن، کلسیم و فسفات زیاد، چربی نامناسب، پروتئین نامناسب و حساسیت است.

تا چه موقع شیر مادر را باید ادامه داد؟ مادر می‌تواند تا زمانی که مایل باشد (بعد از دو سالگی) شیر خود را به کودک دهد. تغذیه با شیر مادر به تنهایی تا پایان ۶ ماهگی برای شیرخوار کافی است. مادر تا پایان ۲ سالگی و حتی بعد از آن مفید و با ارزش است. دادن غذاهای کمکی متنوع از حدود ۶ ماهگی برای کودک ضروری است ولیکن تغذیه با شیر مادر باید تا پایان سال دوم و در صورت امکان مدت بیشتری نیز ادامه یابد.

چه موقع غذای کمکی را باید شروع کرد؟ حد متوسط زمان شروع تغذیه کمکی حدود ۶ ماهگی است و زودترین زمان شروع نیز پایان ۴ ماهگی است. بنابراین، زمانی که کودک به سن حدود ۶ ماهگی می رسد، دادن سایر غذاها و اشامیدنیها ضرورت می یابد.

مناسبتین غذاها برای تغذیه تکمیلی: دارای انرژی کافی باشند (غلات)؛ نرم بوده و هضم آنها آسان باشد؛ تازه و بدون آلودگی بوده و پاکیزه و بهداشتی تهیه شوند؛ در دسترس، ارزان و مناسب عادات غذایی خانواده باشند و امکان استفاده از آنها در حجم کم و در دفعات بیشتر وجود داشته باشد.

نحوه شروع و ادامه غذای کمکی:

در ماه هفتم غذاهای کمکی شامل موارد ذیل خواهند بود:

هفته اول: فرنی یا حریره بادام و یا هر نوع حریره محلی (حورّا)، که از شیر جوشیده، آب جوشیده سرد شده، شکر، بادام و آرد برنج تهیه می شود. غلات پخته به عنوان اولین غذای جامد برای کودک توصیه می شود، چون طعم آنها مشابه شیر است و بافت نرمی دارند. غلات منبع خوب انرژی و بعضی مواد معدنی هستند ولی باید توجه داشت که چون غلات هنگام پخت آب جذب می کنند و حجم شان زیاد میشود و با توجه به حجم محدود معده شیرخوار، باید کودک را در هر روز چند بار با این غذاها تغذیه کرد. استفاده از برنج به عنوان اولین ماده غذایی به صورت فرنی آرد برنج و شیر برنج به علت آسانی هضم و عدم ایجاد حساسیت توصیه می شود. در این ماه بتدریج شیرخوار می تواند حریره بادام، پوره انواع سبزیها از جمله سیب زمینی، هویج، کدو حلوائی، نخود فرنگی، لوبیا سبز، کدو سبز و غیره (غیر از بادمجان) و سپس مخلوط این سبزیها را با پوره برنج و همچنین انواع سوبها با استفاده از گوشت و مرغ همراه با سبزیها و مواد نشاسته ای مانند برنج و ماکارونی و اردها و کمی حبوبات سهل الهضم چون عدس را که بخوبی له شده باشند با غلظتی مشابه حلیم استفاده کند. پوره سبزیها را باید تک تک و به فاصله حداقل یک روز در میان به برنامه غذایی کودک اضافه کرد تا ذایقه او کم کم عادت کند. در تهیه سبزیها نباید نمک یا شکر به کار برد. دقت کنید که در برنامه غذایی روزانه کودک حتما یک سبزی سبز مانند جعفری یا سبزی زرد مانند هویج فرنگی، کدو حلوائی، زردک وجود داشته باشد. مصرف گوجه فرنگی و اسفناج تا پایان ۹ تا ۱۲ ماهگی توصیه نمی شود. در صورت عدم تمایل کودک به مصرف پوره سبزیها، می توان آنها را با پوره غلات مانند پوره برنج مخلوط نمود. افزودن مقداری روغن مایع گیاهی یا کره به انواع پوره ها و سوبها جهت افزایش انرژی این مواد غذایی توصیه می شود.

هفته دوم: سوپ یا آش له شده که از برنج، رشته فرنگی یا ماکارونی، سبزیهای پخته (هویج، سیب زمینی، جعفری، گشنیز) بدست می آید.

هفته سوم: از هفته سوم، آب میوه به غذای کودک افزوده میشود.

هفته چهارم: سوپ یا آش له شده که از برنج، رشته فرنگی یا ماکارونی، سبزیهای پخته (هویج، سیب زمینی، جعفری، گشنیز)، گوشت مرغ یا گوشت قرمز تهیه میگردد. پوره سبزیجات را باید تک تک و با فاصله حداقل یک روز در میان به برنامه غذایی روزانه کودک اضافه کرد تا ذایقه او کم کم عادت کند.

در ماه هشتم غذاهای کمکی شامل موارد ذیل خواهند بود:

زرده تخم مرغ، انواع نان، آب میوه طبیعی (بهتر است هر بار ۷۵ - ۵۰ میلی لیتر باشد)، ماست، انواع پوره (پوره کدو، پوره هویج، پوره سیب زمینی) که با افزودن مقداری کره یا روغن و شیر جوشیده به سیب زمینی، هویج یا کدو تهیه می گردد. سوپ یا آش که دارای عدس و ماش نیز می باشد. بعبارتی، از این ماه می توان کم کم زرده تخم مرغ کاملاً پخته شده را به برنامه غذایی کودک اضافه کرد. در ابتدا باید زرده تخم مرغ را به اندازه نصف قاشق چایخوری در آب یا شیر مادر حل کرد و به کودک داد و در صورت عدم بروز حساسیت بتدریج در روزهای دیگر مقدار آن را اضافه کرد تا بعد از ۲ هفته به ۴ تا ۵ زرده تخم مرغ در هفته برسد. توصیه می شود که تا یک سالگی سفیده تخم مرغ به کودک داده نشود. قبل از ۶ ماهگی به کودک، تخم مرغ و غذای حاوی تخم مرغ ندهید.

با افزایش سن و پذیرش بیشتر کودک باید سوپ و غذاهای نرم را اندکی سفت تر تهیه کرد تا عمل تکاملی جویدن در کودک پرورش یابد و از سن ۷ تا ۸ ماهگی کودک می خواهد غذا را با انگشتان خود بردارد و به دهان ببرد و بمکد یا بجود. می توان تکه های کوچک نان یا بیسکویت را به دست او داد (این تصور که طفل چون دندان ندارد قادر به له کردن و جویدن نیست درست نمی باشد، زیرا لثه و زبان این عمل را انجام می دهند. در این ماه بتدریج می توان حبوباتی مانند عدس، ماش و انواع لوبیاها را نیز به برنامه غذایی کودک بصورت پوره و یا داخل سوپ اضافه کرد. از نیمه دوم این ماه می توان بتدریج ماست و آب میوه های مختلف نظیر سیب و لیمو شیرین را نیز از مقدار کم و بصورت تک تک به برنامه غذایی کودک اضافه کرد. پس از آشنایی کودک با آب میوه می توان بعد از ۲ هفته تکه های میوه را بصورت پخته یا تازه به دست کودک داد تا گاز بزند. در پایان این ماه برنامه غذایی کودک خیلی به برنامه غذایی خانواده نزدیکتر می شود و می توان از غذاهای سفت تر قابل جویدن مانند پوره عدس، کته نرم که در آب گوشت یا مرغ همراه

با خود گوشت یا گوشت ماهی بدون تیغ جهت کمک به عمل تکاملی جویدن، به کودک داد. بعلاوه، از این سنین به بعد می توان تکه های کوچک هویج و سیب زمینی پخته را هم به دست کودک داد تا خودش کم کم بخورد و بجود. روزانه کودک باید متنوع باشد و دفعات و مقدار هر وعده غذا را با توجه به اشتهاى کودک افزایش داد. حبوبات منبع بسیار خوبی از پروتئین و مواد معدنی هستند. برای خوشمزه و قابل هضم شدن حبوبات باید قبل از پخت آنها را خیساند و پوست آنها خصوصا نخود و لوبیا را جدا کرد و بعد از پخت آنها را کاملاً له نمود. حبوبات را همچنین می توان بصورت آرد و یا جوانه زده به همراه غلاتی مانند گندم به سوپ کودک اضافه کرد. زیرا، عمل جوانه زدن در غلات و حبوبات باعث افزایش ارزش تغذیه ای آنها و هضم آسانتر آنها می شود. معمولاً مصرف مرکبات (غیر از لیموشیرین) توت فرنگی، گیلان، آلبالو، خربزه و کیوی تا پیش از یک سالگی توصیه نمی شود. برای کودکان زیر یکسال نباید غذای سرخ شده استفاده کرد و در ضمن از افزودن شکر، نمک و هر گونه چاشنی و ادویه به غذاهای کمکی پرهیز نمود.

در ماه نهم و دهم غذاهای کمکی شامل موارد ذیل خواهند بود: کته نرم با گوشت، مرغ، گوشت قرمز خورشتی یا چرخ کرده، بیسکویت ساده، سایر حبوبات و جوانه گندم، سیب یا گلابی یا موز رنده شده

در ماه های یازدهم تا بیست و چهارم غذاهای کمکی شامل موارد ذیل خواهند بود:

غذای خانواده، شیر جوشیده یا پاستوریزه برای کودکان محروم از شیر مادر، پنیر پاستوریزه، بستنی پاستوریزه، تخم مرغ آب پز، انواع میوه، انواع ماهی.

نکات مهم در مورد غذا دادن به کودک

۱. در غذا دادن به کودک از بشقاب و قاشق مرباخوری تمیز استفاده شود و آب و مایعات را با استفاده از فنجان به

کودک بدهید. هرگز در تغذیه کودک از بطری و سرپستانک استفاده نشود.

۲. هنگام دادن غذاهای جامد و نیمه جامد، کودک باید در وضعیت نشسته قرار گیرد.

۳. در غذا دادن به کودک صبور باشید و آرام و آرام کودک را با غذا و شیوه جدید غذا خوردن آشنا کنید و سعی

کنید در هنگام غذا خوردن توجه شیرخوار به کار دیگری جلب نگردد.

۴. بهتر است در ابتدا مادر شخصا به کودک غذا دهد و به مرور و با توانا تر شدن کودک در تغذیه خویش او را

در اینکار کمک و تشویق نماید. غذا دادن به کودک همراه با احساس مسئولیت از نکات مهم است.

۵. سعی کنید از غذاهای مورد علاقه شیرخوار در تغذیه تکمیلی او استفاده کنید و در صورتی که شیرخوار تمایل به خوردن غذا ندارد و یا اشتهای خود را از دست داده، از طریق توجه و محبت کردن و همچنین استفاده از روشهایی چون تغییر در ترکیب مزه، بافت و نحوه طبخ غذا، او را به خوردن غذا تشویق کنید.
۶. هرگز کودک را مجبور به غذا خوردن نکنید در عین حال نسبت به غذا خوردن او نیز بی اعتنا نباشید. او را برای غذا خوردن تمجید و تعریف کنید و در این زمان به او توجه بیشتری در مقایسه با زمانی که از غذا خوردن امتناع می کند، نشان دهید.
۷. در صورتی که کودک از خوردن یک ماده غذایی جدید امتناع می ورزد و یا آن را به بیرون تف میکند، می توان: چند روزی از دادن آن ماده غذایی صرف نظر کرد و سپس دوباره آن را با غذای دیگری که مورد علاقه کودک است مخلوط کرد. آن را با غذای دیگری که مورد علاقه کودک است مخلوط کرد. آن را با کمی شیر مادر مخلوط کرد و به کودک داد.
۸. اگر یک ماده غذایی جدید باعث ایجاد حساسیت در کودک گردید، می توان: چند روزی آن ماده را از برنامه غذایی کودک حذف کرد و سپس دوباره امتحان کرد. اگر کودک مجدداً دچار حساسیت شد از دادن آن ماده غذایی تا بزرگتر شدن کودک صرف نظر کرد.
۹. با شیرخوار هنگام غذا خوردن صحبت کنید و زمان غذا خوردن را برایش خوشایند کنید تا کودک خاطره خوشی از غذا خوردن در ذهن خود داشته باشد و از این کار لذت ببرد.
۱۰. محل مخصوص و ثابتی را برای غذا خوردن کودک و بر اساس یک برنامه منظم روزانه در نظر بگیرید.
۱۱. دفعات تغذیه تکمیلی همزمان با افزایش سن کودک افزوده می شود (۶ تا ۸ ماهگی ۲ تا ۳ بار، ۹ تا ۱۱ ماهگی ۳ تا ۴ بار و ۱۲ تا ۲۴ ماهگی ۴ تا ۵ بار). تا یکسالگی قبل از تغذیه تکمیلی به کودک شیر مادر بدهید و از یکسالگی به بعد ابتدا غذای کمکی داده شود و بعد از آن شیر مادر.
۱۲. به مقدار غذایی که کودک می خورد بیشتر توجه کنید. دادن غذا به هر یک از کودکان در یک ظرف جداگانه، به تعیین مقدار غذایی که کودک خورده است کمک می کند. با این روش می توان به کودکی که آهسته تر غذا می خورد بیشتر توجه کرد.

۱۳. به تغذیه کودک هنگام بیماری و دوران نقاهت باید توجه بیشتری کرد: در دوران بیماری، دفعات تغذیه با شیر مادر را افزایش دهید و شیرخوار را به خوردن غذاهای مورد علاقه اش تشویق کنید.

در دوران نقاهت بیماریها، دفعات تغذیه با شیر مادر بیشتر از تعداد معمول بوده و بعلاوه خوردن غذای بیشتر برای جبران رشد به تعویق افتاده ضروری است. یعنی، هم در هر وعده غذایی مقدار بیشتری غذا مصرف کرد و هم یک وعده غذایی به دفعات غذایی اضافه نمود.

در هنگام بیماری به کودک غذائی که در حال سلامتی بیشتر دوست دارد، زیاد داده شود

۱۴. رعایت اصول بهداشتی در آماده سازی غذای کمکی برای جلوگیری از ابتلا کودک به اسهال و سایر بیماریهای عفونی ضروری است. قبل از تهیه و آماده کردن غذای کمکی و همچنین پیش از غذا دادن به کودک حتما دستهای خود را با آب و صابون بشوید. غذای کمکی را بلافاصله پس از آماده شدن به شیرخوار بدهید (در غیر اینصورت احتمال آلودگی غذا به میکروبها بیشتر می شود). از لوازم تمیز و بهداشتی در تهیه و سرو غذای کمکی استفاده کنید. باقیمانده غذا را در ظرف تمیز با سرپوش مناسب در یخچال نگهداری کنید و برای مصرف مجدد کاملاً داغ شود. بهتر است غذای کودک بیشتر از ۲۴ ساعت در یخچال نگهداری نشود.

۱۵. رعایت تنوع در غذای کمکی باعث بهبود کیفیت و افزایش دریافت ریزمغذیها در کودک می گردد.

در رژیم غذایی روزانه کودک از سبزیها و میوه های سرشار از ویتامین A (مانند سبزیهای سبز تیره و نارنجی مثل جعفری، هویج، فرنگی، کدو حلوائی و زردک و میوه های زرد و نارنجی رنگ مثل زردآلو، قیسی، نارنگی و خرمالو) و ویتامین C نظیر مرکبات استفاده شود. برای کودک زیر سن سال باید کمی روغن مایع گیاهی یا کره حیوانی به غذای عادی خانواده اضافه کرد. در صورت امکان از گوشت، مرغ و ماهی بطور روزانه استفاده شود. تجویز قطره مولتی ویتامین و یا A+D از روز پانزدهم پس از تولد و قطره آهن همزمان با شروع غذای کمکی توصیه می شود. اگر پس از دادن قطره آهن به کودک، آب میوه و یا میوه تازه داده شود، جذب آهن افزایش می یابد. آب میوه تازه مخصوصاً مرکبات به علت داشتن ویتامین سی (C)، جذب آهن را افزایش می دهد. از اضافه کردن قطره آهن به آب میوه خودداری شود، چون این کار ممکن است طعم آب میوه را تغییر دهد و علاقه کودک به آب میوه کاهش یابد.

قطره آهن باید در فاصله بین دو وعده شیردادن به کودک داده شود تا آهن آن بهتر جذب شود. اگر بلافاصله پس از شیردادن به کودک آهن داده شود، کلسیم موجود شیر مانع جذب آهن خواهد شد. از دادن چای پر رنگ بعد از تجویز

قطره آهن خود داری شود. زیرا، دادن چای به کودک پس از قطره آهن جذب آن را کم می کند. حتی به کودکانی که با شیر مصنوعی تغذیه می شوند باید قطره آهن داده شود. مجددا تاکید می شود که قطره آهن را نباید همراه شیر (اعم از شیر مادر یا شیر خشک) به کودک داد. به کودکانی که با وزن کم تر ۲/۵ کیلوگرم بدنیا می آیند هر زمان که وزن شان ۲ برابر شد باید قطره آهن داده شود. اگر تغذیه تکمیلی کودک به دلیل اختلال رشد پس از چهار ماهگی شروع شده است قطره آهن از همان موقع به میزان ۱۰ قطره در روز باید به کودک داده شود.

۱۶. کودک از پایان ۱۲ ماهگی می تواند بتدریج از غذای سفره خانواده با افزودن کمی روغن مایع گیاهی یا کره استفاده کند.

۱۷. غذای کمکی را از مقدار کم شروع و بتدریج متناسب با اشتهای کودک بیشتر کنید و غذاهای هر مرحله را به مرحله بعد اضافه کنید.

۱۸. دستهای خود را قبل از تهیه و دادن غذا بشوید و از ظرف و قاشق تمیز برای کودک استفاده کنید.

۱۹. زمانی که تغذیه کمکی کودک شروع شد بایستی مراقب خطر انتقال عفونت از طریق غذاها، آب و ظروف باشید.

۲۰. در برخی موارد شیرخوار به مواد غذایی مصرف شده توسط مادر (نظیر سیر) علاقه نشان نمی دهد که بایستی از برنامه غذایی مادر حذف شود

۲۱. شیر مادر پس از دوشیدن بمدت ۸-۴ ساعت در درجه حرارت اتاق (۲۲-۱۸ درجه سانتی گراد) ۴۸ ساعت در یخچال و سه ماه در فریزر خانگی و ۶ ماه در فریزر صنعتی نگهداری کرد.

۲۲. در برخی مواقع ممکن است خون در مدفوع کودکانی که مادر آنها شیر گاو مصرف می کنند بدلیل حساسیت به شیر گاو دیده شود در این صورت بهتر است که مادر بجای شیر از جانشینهای شیر مانند ماست، پنیر، دوغ و یا بستنی مصرف کند

پایش رشد کودک

باید به مادر تذکر داد که فقر غذایی و ابتلا مکرر به عفونتها منجر به سوء تغذیه و عدم رشد جسمی و روانی کودک منتهی می شود. به غذای کودک زیر سه سال باید مقدار کمی چربی یا روغن، بیش از غذای معمولی افراد خانواده اضافه گردد. کودکان زیر یکسال هر ماه، کودکان یک تا دو سال هر دو ماه بکبار و کودکان دو تا سه سال هر سه ماه و کودکان سه تا شش سال هر شش ماه وزن شوند. اگر در مدت ۲ ماه متوالی، به وزن کودک اضافه نشود، مشکلی وجود

دارد. تمام کودکان احتیاج به غذاهای سرشار از ویتامین A، شیر مادر، سبزیجات با برگهای سبز و میوه ها و سبزیجات نارنجی رنگ دارند. اندازه گیری و اضافه شدن وزن در هر ماه به طور معمول نشانه مهمی از سلامت و رشد کودک است. مقایسه وزن کودک با وزن خودش در ماههای قبل قابل اهمیت است اما مقایسه با وزن کودکان دیگر اهمیتی ندارد. بنابراین لازم است که شیرخوار هر ماه وزن شود. واکسیناسیون کامل در اولین سال زندگی ضروری است و کودک را در برابر بیماریهایی که سبب کمبود تغذیه و عدم رشد می شود، حفاظت می کند. اگر کودک شیرخوار با وجود تغذیه مناسب وزن اضافه نمی کند، به ۱۰ نکته زیر توجه کنید:

۱. کودک باید ۵ تا ۶ نوبت در روز غذا بخورد، آیا کودک به اندازه کافی در دفعات متعدد غذا می خورد؟
۲. بایستی مقداری چربی یا روغن به غذای او اضافه گردد، آیا غذای کودک کم انرژی است؟
۳. کودک سالم و طبیعی زود زود بیمار نمی شود، ببینید آیا کودک شما مکرر بیمار می شود؟
۴. لازم است در هنگام بیماری، او را وادار به غذا خوردن کرد و غذای اضافی برای جبران بیماری را پس از بهبود به کودک داد، ببینید آیا کودک با خوردن غذا در زمان بیماری مخالفت می کند؟
۵. اگر کودک شما با شیشه شیر تغذیه می شود، ببینید آیا شیشه شیر تمیز و سالم است و خوب شستشو داده می شود و آیا آشامیدنی های شیرین به جای شیر به داده می شود؟
۶. باید کودک شما هر روز مقداری سبزی و میوه دریافت کند تا ویتامینهای بدن او تامین شود، ببینید آیا کودک شما به اندازه کافی ویتامین بخصوص ویتامین آ و دی (A و D) دریافت می کند؟
۷. بایستی غذای کمکی کودک را در جای تمیز و سالم مانند یخچال نگهداری نمود، ببینید آیا غذا و آب مورد نیاز کودک بطور سالم نگهداری می شود؟
۸. ممکن است کودک شما دارای نشانه های آلودگی به انگل باشد، ببینید آیا کودک شما انگل دارد؟
۹. کودک شما نیاز به توجه و تشویق بیشتری دارد، ببینید آیا کودک شما چه مدت تنها می ماند؟
۱۰. کودک شما بایستی بصورت بهداشتی دفع حاجت کند، ببینید آیا از توالت بهداشتی استفاده می کنید؟ همیشه از توالت بهداشتی استفاده کنید، دستها، آشپزخانه و دستها را تمیز نگه دارید.

نشانه های تاخیر رشد در کودکان: رشد مناسب شیرخواران و کودکان نشانه خوبی از سلامت آنان است. دوران کودکی خصوصا سه سال اول زندگی دوران مهم و غیر قابل برگشتی در روند رشد و تکامل کودک بوده و انجام

مراقبت صحیح، تغذیه مطلوب و ایجاد محیطی مناسب و پر محبت را برای رشد و تکامل کودک فراهم می سازد. از طرفی، دریافت ناکافی غذا و بروز بیماری از عوامل موثر در پیدایش سوء تغذیه و عدم رشد کافی کودک می باشد. عدم افزایش وزن طی ۲ ماه متوالی در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه، هر گونه کاهش وزن یا منحنی رشد نزول کننده، کلیه کودکانی که وزن آنها زیر صدک سوم در هر سنی است.

صحبت کردن، بازی کردن، ابراز عشق و محبت به کودک باعث رشد و تکامل جسمی-ذهنی و عاطفی او می شود. رشد کودک با اندازه گیری وزن، قد و دور سر کودک ارزیابی می شود و در بین این سه معیار، **وزن** ارزش بیشتری دارد. زیرا، در چارچوب نظری سوء تغذیه در کودکان در صورت اختلال در رشد ابتدا وزن کودک کم می شود و یا ثابت می ماند در حالی که قد و دور سر کودک ممکن است تغییر نکند یا تغییرات دیررس داشته باشد و در صورت رفع عوامل ایجاد دیر رشد (سوء تغذیه و بیماریها) باز هم اولین معیار که افزایش می یابد وزن است. پس در کودکان خرد سال، وزن شاخص بسیار حساستری برای وضعیت سلامت و کفایت دریافت غذای کودک است و روند رشد به منظور تشخیص هر گونه تاخیر یا مشکل اخیر تغذیه ای بکار می رود.

مادر گرامی! شما می بایستی در کارت رشد، وزن کودک را ثبت کنید و نقاط رشد هر ماه را به هم وصل نمایید. این کار در شما می تواند اطمینان خاطر بوجود آورد. خودتان می توانید با نگاه کردن به خطی که از وصل کردن نکات در ماههای بعد از تولد بدست آمده، میزان رشد کودک خود را بفهمید. مهم است بدانید که خط بالا رونده، نشان دهنده وضعیت خوب رشد کودک است. اگر خط رشد مستقیم باشد، نیاز به توجه و مراقبت بیشتر شما است و اگر خط در حال پائین آمدن باشد کودک شما بیمار است و نیاز به کمک فوری و مراقبتهای ویژه دارد.

در سنین حدود ۶ ماهگی، کودک علاوه بر شیر مادر به غذاهای دیگری نیاز دارد: به کودک زیر سه سال باید ۵ تا ۶ بار در روز غذا داده شود. معده کودک کوچک تر از معده بزرگسالان است. بنابراین او نمی تواند به اندازه بزرگسالان در یک وعده غذا بخورد

به کودک چندین بار در روز غذا بدهید؛ به سوپ فرنی یا پوره، سبزی له شده، کمی روغن یا چربی اضافه کنید. شیرخواری که قبلا از شش ماهگی به اندازه کافی وزن اضافه نکرده، ممکن است به دفعات بیشتری نیازمند تغذیه با شیر مادر باشد. بعضی وقتها مشکل این است که به او آب داده می شود که این کار اغلب باعث می شود کودک شیر کمتری بخورد

اگر کودک از قبل بطور مکرر با شیر مادر تغذیه می کرده، عدم افزایش وزن او نشانه آن است که از این به بعد علاوه بر شیر مادر به غذاهای دیگری نیاز دارد.

ویتامین A می تواند کودک را در مقابل بیماریها بخصوص شب کوری محافظت کند بعلاوه، بیماریهایی مانند سرخک و اسهال ویتامین A را از بدن کودک دفع می کند. لذا کودک باید با استفاده از شیر مادر، سبزیهای تازه بخصوص هویج، میوه های زرد و مرکبات آن را تامین نماید.

تشویق کودک بیمار به خوردن غذا و آشامیدن مایعات یک امر مهم است. این کار در مورد کودکی که مایل به خوردن نیست، بسیار مشکل است اما ضروری است که غذاهایی را که کودک دوست دارد، پیشنهاد کرد به او غذاهای نرم و شیرین و در صورت امکان در چند مرتبه بخورانید.

وقتی بیمار کودک پایان یافت، غذای اضافی لازم است تا کمبود وزن کودک جبران گردد. دادن یک وعده غذای اضافی در روز به مدت یک هفته یا بیشتر پس از بهبود بیماری (برگشتن به وزن قبل از بیمار شدن) بهترین روش است. فاصله نوشیدن شیر در نوزاد انسان توسط خود شیرخوار تعیین می شود. فاصله بین شیر دادن ارتباط با وضع خوابیدن نوزاد، فعالیت و میزان سلامت او دارد. اما بطور متوسط ۳ تا ۴ ساعت است در شب نیز در اواخر شب بدون نوشیدن و احساس گرسنگی به خوبی می توانند بخوابند.

نشانه ها و معیارهای کافی بودن شیر مادر:

شیرخوار بعد از نوشیدن شیر بمدت ۲ تا ۴ ساعت آرام و راحت استراحت کند، افزایش وزن نوزاد طبیعی باشد، موقعی که شیرخوار از پستان مادر می نوشد، مادر متوجه شود که از پستان دیگر چکه شیر خارج می شود. بعد از نوشیدن شیر از پستان مادر، به نوزاد شیشه ای پر از شیر غیر مادر داده شود، اگر نوزاد مقدار قابل توجهی از آن را خورد، دلیل ناکافی بودن شیر مادر است.

نوک هر یک از پستانها را قبل و بعد از تغذیه با یک گلوله مرطوب پنبه تمیز کنید.

بعد از تغذیه با شیرمادر، کودک را به اروغ زدن وادار کنید.

مادر بایستی تشویق شود تا روزانه سه وعده غذایی غنی از پروتئین و ویتامینهای A و B مصرف بکند.

مادر در دوره شیردهی به استراحت و خواب کافی نیاز دارد.

مروری بر تحقیقات انجام گرفته در جهان: گلدن و همکاران تاثیر آموزش روی قد و وزن شیر خواران را مطالعه کردند و نتیجه گرفتند که شیرخواران گروه آموزشی قد و وزن بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد (۲۵). مطالعه دیگر در هند نشان داد که پس از آموزش مادران در زمینه تغذیه شیرخواران، آگاهی مادران در این زمینه و بهبودی در کمیت و کیفیت غذاهای موجب افزایش قد و وزن کودکان شده بود (۲۶). مداخله آموزش والدین و اعضای دیگر خانواده که ممکن است در مراقبت کودک نقش داشته باشد در تغذیه کودک مهم است (۲۷). مطالعه باکر در سال ۲۰۰۴ در امریکا علاوه بر شیر، مدت شیرخوردن، زمان شروع تغذیه تکمیلی و وضعیت جسمی مادر را در میزان رشد جسمی کودک تاثیر گذار دانسته است و معتقد است که شیرخوارانی که زودتر غذای تکمیلی را شروع می کنند و مدت کمتری از شیر انحصاری مادر استفاده کنند اضافه وزن بهتری دارند (۲۸). مطالعات نشان داده که با افزایش سطح آگاهی تغذیه ای مادران، میزان بروز سوء تغذیه شیرخواران کاهش می یابد (۳۰ و ۲۹).

مروری بر تحقیقات انجام گرفته در ایران: مطالعات مختلفی در زمینه تاثیر آموزش و روشهای مختلف آن و نیز کارآیی رابطان بهداشت انجام گرفته است ولی تاریخچه ای از طرحهای مشابه این طرح از منابع در دسترس بدست نیامد. در اینجا به برخی از این مطالعات اشاره می گردد: حیدرnia و همکارانش در مطالعه ای با عنوان بررسی مقایسه ای روشهای آموزش تغذیه با شیر مادر نشان دادند که افزایش معناداری در میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد قبل و بعد از آموزش وجود دارد. بدین ترتیب که روش بحث گروهی و بحث گروهی توأم با نمایش فیلم نسبت به روشهای دیگر تاثیر بیشتری دارد (۳۱). خراسانی، الحافی و کیمیاگر در مطالعه ای با عنوان "مقایسه تاثیر دو روش آموزش بهداشت بر عملکرد مادران و تغذیه کودکان نوجوان بمنظور پیشگیری از کم خونی فقر آهن در دبیرستانهای شمال شهر اصفهان" نشان دادند که تاثیر مشاوره گروهی در برابر کتابچه بیشتر بوده است (۳۲). هاشمی و همکاران در مطالعه ای با عنوان تاثیر آموزش و مشاوره بر میزان موفقیت در شیردهی انحصاری با تاکید بر لزوم ترویج آموزش بهداشت در جامعه و نقش پرستار مراقبتهای اولیه بهداشتی در این آموزش مشخص کردند که افراد مورد مطالعه پس از آموزش از میزان آگاهی بیشتری برخوردار شده اند بعلاوه رفتارهای صحیح شیردهی در آنها افزایش یافته و مدت شیردهی انحصاری بیشتر گردیده است و این امر از نظر آماری معنی دار ($p=0/001$) است (۳۳). علی اکبری و توحیدی در مطالعه خود با عنوان "بررسی علل عدم مراجعه خانوارهای تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهید جعفری" پیشنهاد کردند که رابطان بهداشتی می توانند در خصوص ایجاد احساس نیاز و آشنا نمودن مردم با خدماتی که مراکز بهداشتی درمانی ارائه

کنند، فعالیتهایی مانند توزیع تراکتها و تبلیغات در بین خانوارها و در آموزش گروههای هدف، نقش بسیار موثری داشته باشند (۳۴). مشایخی و همکارانش در مطالعه ای تصریح کردند که وجود رابط بهداشتی در انتقال آگاهی های بهداشتی به خانوارها بویژه زنان تاثیر دارد. طبق این تحقیق وجود رابط بهداشتی در انتقال آگاهیهای بهداشتی به خانوارها بویژه به زنان بسیار تاثیر گذار بوده و منجر به انجام رفتارهای بهداشتی گردیده است لذا پیشنهاد شده که با تدوین راهکارهایی نسبت به افزایش ظرفیت جذب رابطان بهداشت اقدام شود تا بدینوسیله امکان آموزش مستمر و چهره به چهره خانوارها فراهم گردد (۳۵). به منظور تعیین میزان اثربخشی برنامه رابطان بهداشت بر میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۲ مطالعه ای انجام شد. نتایج این تحقیق نشان داد که اطلاعات مادران تحت پوشش برنامه رابطان نسبت به مادران گروه شاهد در اغلب زمینه ها بطور معنی داری بیشتر است. پیشنهاد می شود که بسته های آموزشی برای کلیه امور بهداشتی مرتبط با این گروه تهیه شده و در آموزش آنها بکار گرفته شود (۳۶). نقیبی و همکاران مطالعه ای با عنوان "بررسی اثر آموزش به روش سخنرانی به همراه ارائه بسته های آموزشی در خصوص تغذیه تکمیلی بر مادران دارای کودک ۶ تا ۲۴ ماهه مراکز بهداشتی درمانی شهرستان چاورادیماق" انجام دادند و با توجه به موثر بودن برنامه های آموزشی مذکور پیشنهاد کردند که برای بهبود عملکرد مادران از روشهای آموزشی تلفیقی شامل بسته های آموزشی همراه با روش حضوری استفاده شود (۳۷). کقبادی، سیاسی و ملک افضلی برنامه ای تحت عنوان "تاثیر آموزش مادر بر وضع تغذیه کودکان خانوارهای حاشیه نشینی شهر کرمان" انجام دادند و نتایج آن نشان داد که سواد مادر و آموزش تغذیه مهمترین عوامل موثر بر نمایه وزن برای قد این کودکان بودند. تجزیه و تحلیل نهایی نشان داد که پس از مداخله، بهبود قابل ملاحظه ای در وضعیت آگاهی مادران و مصرف نوع اولین کودکبار و سن از شیر گیری کودکان ۲۴ - ۶ ماهه در منطقه بوجود آمده است و می توان گفت که آموزش تغذیه اجرا شده در جمعیت آزمایش توانسته است آگاهی تغذیه ای مادران را افزایش دهد و تا حدودی در بهبود وضع تغذیه و رشد کودکان مورد مطالعه در این منطقه موثر باشد (۳۸). همانطور که ملاحظه می شود هم راجع به روشهای مختلف آموزش و نقش آنها در ارتقاء آگاهی و رفتارهای مادران تحقیق شده و هم راجع به نقش رابطان و ضرورت بکارگیری مشارکت آنها مورد تاکید شده است و هم در خصوص مداخله آموزش برای کاهش سوء تغذیه کودکان پژوهشهایی صورت گرفته و ضروری بودن مداخلات بیشتر در این خصوص مورد تاکید بوده است که به برخی از آنها اشاره گردید.

فصل سوم: شیوه اجرای طرح

نوع پژوهش

جمعیت مورد پژوهش

نمونه برداری و روش نمونه گیری

ملاحظات اخلاقی

روش کار

این طرح یک مطالعه مداخله ای آموزشی است. در این طرح، تاثیر روش آموزش حضوری مشتمل بر آموزش چهره به چهره کارکنان و رابطان منتخب و آموزش غیرحضوری با استفاده از یک کتابچه آموزشی توسط کارکنان و رابطان بهداشتی مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهشی ما مادرانی بودند که در سه ماه آخر سال ۱۳۸۷ و سه ماه اول سال ۱۳۸۸ به مراکز بهداشتی - درمانی شهر اردبیل مراجعه کرده بودند. کودکان شیر خوار زیر ۶ ماه آنان نیز بخشی از جامعه آماری ما را تشکیل می دادند.

تعداد نمونه و روش نمونه گیری: با توجه به محدودیتهای موجود از حدود ۲۰۰۰ مادر و شیر خواران آنها که واجد شرایط این مطالعه بودند، بطور توافقی با شورای پژوهشی دانشگاه، تعداد ۴۰۰ نفر بصورت تصادفی ساده بعنوان نمونه انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسشنامه ها و قبل از کدگذاری مشخص شد که اطلاعات ۹۷ نفر از مادران اشکال داشت لذا از برنامه آنالیز حذف شدند و بقیه یعنی ۳۰۳ نفر مورد آنالیز قرار گرفتند. برنامه نمونه گیری چنین پیش بینی شده بود که رابطان بهداشتی بمدت ۱۰ روز به مرکز بهداشتی یا پایگاه بهداشتی مربوطه مراجعه و بصورت سه در میان از مادران واجد شرایط مراجعه کننده به مرکز مربوطه (اولین مادر، سومین مادر، پنجمین مادر واجد شرایط و ...)، داده ها را جمع آوری کند اما در عمل مشخص شد که در برخی روزها اصلا مادر واجد شرایط مراجعه نمی کرد و در برخی روزها یک مورد یا دو مورد مراجعه می کرد لذا در ادامه برنامه، مادرانی که به مرکز بهداشتی یا پایگاه بهداشتی مربوطه مراجعه می کرد در صورت دارا بودن شرایط و معیارهای ورود به مطالعه، مورد پرسش قرار می گرفت و در صورت تمایل به همکاری، پرسشنامه را تکمیل می کرد و این روند تا تکمیل کامل پرسشنامه ها ادامه یافت لذا نمونه ها در ادامه از نوع در دسترس نتخاب شدند.

روش گرد آوری اطلاعات

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه ای بود که پس از تهیه به ۱۰ نفر از اعضای هیات مرتبط با بهداشت مادر و کودک و مامایی ارائه گردید تا اعتبار آن تامین شود. آنگاه به یکی از مراکز بهداشتی مراجعه و توسط ۱۵ نفر از مادران تکمیل گردید تا روایی آن تامین شود. پرسشنامه این طرح از سه قسمت مشخصات دموگرافیکی والدین شیرخوار، اندازه های آنتروپومتریک (قد، وزن و دور سر در بعد از تولد، قبل و بعد از آموزش) شیرخواران و سئوالات آگاهی (۱۸ سوال)

تشکیل شده بود. پس از هماهنگی لازم با مرکز بهداشت شهرستان اردبیل و نهاد مردمی رابطان بهداشتی، لیست خانمهای واجد شرایط با کمک رابطان بهداشتی و کارکنان مراکز مربوطه تهیه گردید. با مراجعه به مراکز بهداشتی - درمانی شهری و پایگاههای بهداشتی اردبیل سطح آگاهی آنان از تغذیه شیرخوار با استفاده از یک پرسشنامه سنجیده و همزمان سنجش قد و وزن و دور سر شیرخوار آنان نیز اندازه گیری شد و برای اندازه های مربوط به بدو تولد نیز از پرونده آنان استفاده گردید. آنگاه، مداخله آموزش به روش حضوری و غیر حضوری بر اساس برنامه از قبل تعیین شده اجرا و پس از ۲ ماه، سنجش مجدد انجام گرفت و در نهایت داده های دو مرحله باهم مقایسه شدند. بدین ترتیب ابتدا اسامی ۳۲ مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشت شهر اردبیل به ترتیب روی یک کاغذ نوشته شد، بعد دو کلمه فرد و زوج را در دو تکه کاغذ نوشته و پس از پوشاندن به یکی از همکاران ارائه شد تا یکی را برداشته و قرائت کند تا ردیف های مربوطه را بعنوان مراکز مورد مطالعه انتخاب نماییم. اینکار انجام گرفت و کلمه فرد درآمد و لذا شماره های ۱، ۳، ۵، و ۳۱ به تعداد ۱۶ مرکز برای مطالعه بعنوان فیلد انتخاب شد. این ۱۶ مرکز نیز بصورت تصادفی ساده به دو دسته (۸ مرکز برای آموزش حضوری و ۸ مرکز برای آموزش غیر حضوری) تقسیم شدند. از ۸ مرکز برای آموزش حضوری، چهار مرکز به آموزش کارکنان (آموزش چهره به چهره) و چهار مرکز دیگر نیز برای آموزش رابطان بهداشتی (آموزش چهره به چهره) در نظر گرفته شد. از هشت مرکز دیگر (غیرحضوری کتابچه) نیز چهار مرکز برای آموزش غیرحضوری کارکنان و چهار مرکز برای آموزش غیر حضوری رابطان در نظر گرفته شد. در انتخاب آموزش دهندگان مراکز و پایگاهها برای آموزش حضوری و غیرحضوری سعی بر این شد همگن بودن از نظر تحصیلات و رشته تحصیلی رابطان و کارکنان بهداشتی خانم بعنوان یک معیار ورودی (criteria) در نظر گرفته شود. لذا افراد دارای مدرک دانشگاهی برای آموزش انتخاب شدند. از این ۱۶ مرکز لیست مادران دارای شیرخوار واجد شرایط، تعداد کارکنان و لیست رابطان فعال را جمع آوری کردیم و پس از تقسیم آنها به دو گروه حضوری و غیر حضوری هشت نفر از کارکنان مراکز و شانزده نفر از رابطین بهداشت دارای تحصیلات عالیه را به سالن اجتماعات مرکز بهداشت اردبیل دعوت و تحت آموزش یکسان در مورد تغذیه با شیر مادر قرار گرفتند. (از هر مرکز یک کارمند و دو رابط برای آموزش حضوری استفاده گردید). بر اساس محتوای همین آموزش، کتابچه آموزشی تهیه و در اختیار مشارکت کنندگان روش غیرحضوری (کارکنان مراکز و رابطین بهداشت منتخب که دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی و مایل به همکاری بودند، داده شد (برای آموزش غیر حضوری نیز از هر مرکز یک کارمند و دو رابط استفاده گردید) تا جزوه و کتابچه تهیه شده را در اختیار مادران واجد شرایط قرار دهند.

فصل چهارم: نتایج

ارایه نتایج

جداول

نمودارها

نتایج

یافته های این تحقیق در نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (Descriptive Statistics) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

اندازه های آنتروپومتریک مادران شیرده: سن، قد، وزن و BMI مادران مورد بررسی قرار گرفت. اندازه های آنتروپومتریک مادران شیرده در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن، قد، وزن و BMI مادران مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سن مادر (سال)	۲۶/۸۷	۵/۷۹	۳۰۳
قد مادر (سانتی متر)	۱۶۱/۵	۵/۹	۳۰۳
وزن مادر (کیلوگرم)	۶۵/۸۷	۱۱/۱۴	۳۰۳
BMI مادر	۲۵/۲۳	۳/۹۶	۳۰۳

اندازه های آنتروپومتریک شیرخواران مورد مطالعه: اندازه های قد، وزن و دور سر دختران و پسران در بدو

تولد مورد مطالعه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ درج گردیده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار قد، وزن و دور سر دختران و پسران در بدو تولد

جنس	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد
دختران	قد هنگام تولد (سانتی متر)	۴۹/۴۵	۲/۳۱	۱۴۰
	وزن هنگام تولد (کیلوگرم)	۳/۳۵	۱/۴۶	۱۴۰
	دور سر هنگام تولد (سانتی متر)	۳۴/۸	۱/۳	۱۴۰
پسران	قد هنگام تولد (سانتی متر)	۵۰	۲/۲۷	۱۶۳
	وزن هنگام تولد (کیلوگرم)	۳/۵۲	۱/۴۶	۱۶۳
	دور سر هنگام تولد (سانتی متر)	۳۵/۲۲	۱/۴۱	۱۶۳

اختلاف میانگین قد و وزن قبل و پس از آموزش معنی دار بود ($p < 0/05$) اما میانگین قد با وجود افزایش، قبل و پس از آموزش معنی دار نبود.

تعداد فرزندان خانواده های تحت مطالعه : تعداد فرزندان خانواده های تحت مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که ۱۶۰ خانواده دارای یک فرزند، ۱۰۵ خانواده دارای دو فرزند و ۳۸ خانواده دارای ۳ فرزند و بیشتر بودند.

سطح تحصیلات والدین: سطح تحصیلات مادران مورد مطالعه قرار گرفت و مشخص شد که بیشترین فراوانی تحصیلات والدین به سطح دبیرستان مربوط می شد (جدول ۳).

جدول ۳: فراوانی سطح تحصیلات مادران شیرده مورد مطالعه

سطح تحصیلات	مرد (%)	زن (%)	کل (%)
بی سواد	۴ نفر (۱/۳)	۹ نفر (۳)	۱۳ نفر (۴/۱)
ابتدائی	۴۷ نفر (۱۵/۵)	۶۱ نفر (۲۰/۱)	۱۰۸ نفر (۳۵/۶)
راهنمایی	۶۹ نفر (۲۲/۸)	۴۸ نفر (۱۵/۸)	۱۱۷ نفر (۳۸/۵)
دبیرستان	۱۰۷ نفر (۳۵/۳)	۱۲۴ نفر (۴۰/۸)	۲۳۱ نفر (۶۷)
دانشگاهی	۷۶ نفر (۲۵/۱)	۶۱ نفر (۲۰/۱)	۱۳۷ نفر (۴۲)

وضعیت تحصیلات والدین شیرخواران نشان می دهد که میزان بی سوادی کمتر از ۵٪ می باشد. همچنین، با وجود اینکه حدود ۶۵ درصد ورودیهای جدید دانشگاهها را خانمها تشکیل می دهد اما همچنان پدران دارای تحصیلات دانشگاهی نسبت به مادران بیشتر می باشند.

وضعیت مسکن والدین: مسکن مادران مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که حدود ۴۸٪ آنها دارای منزل شخصی هستند، ۲۶٪ در منزل پدری زندگی می کردند، ۲۴٪ اجاره نشین بودند و ۲٪ نیز در خانه سازمانی زندگی می کردند (جدول ۴). این جدول نشان می دهد که هنوز حدود ۵۰٪ خانواده ها دارای مسکن شخصی نیستند و بایستی این کمبود مد نظر مسئولان باشد.

جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت مسکن والدین شیرخواران

وضعیت مسکن	تعداد	درصد
شخصی	۱۴۵	۴۷/۹
پدری	۷۸	۲۵/۷
اجاره ای	۷۴	۲۴/۴
سازمانی	۶	۲
جمع	۳۰۳	٪۱۰۰

وضعیت شغل مادران: شغل مادران مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که حدود ۹۰ درصد مادران، خانه دار و

بقیه شاغل بودند (جدول ۵). در برنامه ریزی برای آموزش باید محور برنامه ها، خانمهای خانه دار باشد.

جدول ۵: توزیع فراوانی وضعیت شغل مادران شیرخواران

شغل مادران	تعداد	درصد
خانه دار	۲۷۳ نفر	٪۹۰/۱
شاغل دولتی	۲۳ نفر	٪۷/۶
شاغل خصوصی و آزاد	۷ نفر	٪۲/۳
جمع کل	۳۰۳ نفر	٪۱۰۰

رتبه شیر خوار اخیر در بین فرزندان خانواده: رتبه شیرخوار اخیر مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که

حدود ۵۰ درصد شیرخواران اولین فرزند خانواده و بقیه دومین و بالاتر بودند (جدول ۶).

جدول ۶: توزیع فراوانی رتبه شیر خوار اخیر در خانواده

رتبه شیر خوار	تعداد	درصد
اولین فرزند	۱۵۱	۴۹/۸
فرزند دوم	۱۱۱	۳۶/۶
فرزند سوم و بیشتر	۴۱	۱۳/۶
جمع	۳۰۳	٪۱۰۰

منابع کسب اطلاعات مادران: منابع کسب آگاهی راجع به شیردهی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ذیل ملاحظه می شود. بیشترین اطلاعات خانمهای شیرده به ترتیب از طریق کارکنان بهداشتی و رابطان بهداشت کسب شده بود (جدول ۷).

جدول ۷: توزیع فراوانی منابع کسب اطلاعات خانم های شیرده

منابع کسب اطلاعات	تعداد	درصد
کارکنان بهداشت	۲۳۵	۷۷/۶
رابطان بهداشت	۱۲۷	۴۱/۹
اقوام و دوستان	۹۲	۳۰/۴
مطبوعات و کتاب	۸۱	۲۶/۷
والدین	۷۶	۲۵/۱
تلویزیون	۷۱	۲۳/۴
همسر	۲۷	۸/۹
محل تحصیل	۱۶	۵/۳
همسایه	۱۶	۵/۳
همکار	۱۴	۴/۶
رادیو	۱۲	۴

با توجه به اینکه اکثر مادران مورد مطالعه از بیش از یک منبع، اطلاعات کسب کرده بودند لذا جمع بندی انجام نگرفت و فقط درصدها تعیین گردید. همانطور که ملاحظه شود بیشترین منابع کسب اطلاع، **کارکنان و رابطان بهداشت** عنوان شده است و لذا بایستی بیشترین تلاشها جهت آموزش این دو گروه متمرکز شود. با توجه به اینکه کتاب و مجله و روزنامه توام در نظر گرفته شد درصد استفاده کنندگان از آن بیش تر از والدین و تلویزیون بوده است و اگر تک تک عنوان شده بودند بااحتمال مقادیر آنها کمتر می گردید. بعلاوه، همسران بیشتر مورد آموزش قرار گیرند زیرا نزدیکترین فرد به خانمها محسوب می شوند.

وضعیت شیر دهی مادران: وضعیت شیر دهی مادران مطالعه گردید که نتایج آن در جدول ۸ مشاهده می شود.

جدول ۸: وضعیت شیردهی مادران مورد بررسی

درصد	تعداد	وضعیت شیردهی مادران/ فراوانی
۷۶/۸	۲۳۳	فقط با شیر خودم تغذیه می کنم
۱۸/۲	۵۵	هم با شیر خودم تغذیه می کنم و هم غذای کمکی میدهم
۳/۳	۱۰	فقط شیر خشک میدهم
۱/۷	۵	شیر خشک و غذای کمکی میدهم
۱۰۰٪	۳۰۳	جمع

همانطور که مشاهده می شود حدود ۷۷ درصد مادران مورد مطالعه فقط از شیر خودشان استفاده میکردند، حدود ۱۸ درصد علاوه بر شیر مادر از غذای کمکی نیز استفاده میکردند که رقم بالایی می باشد. زیرا، اصولاً غذای کمکی از پایان شش ماهگی شروع می شود و کودکان مورد مطالعه شیرخواران زیر ۶ ماه بودند. حدود ۵٪ نیز از شیر خشک و غذای کمکی استفاده می کردند.

وضعیت آموزش و اطلاع رسانی قبل از زایمان: وضعیت آموزش و اطلاع رسانی قبل از زایمان مادران مورد مطالعه قرار گرفت و مشخص شد که کمتر از ۱۲ درصد مادران، آموزش و اطلاع رسانی قبل از زایمان را دریافت ننموده اند که نشان میدهد صد در صد مادران تحت مراقبت نیستند و تلاش بیشتر کارکنان را می طلبد.

وضعیت کاری مادران شیرده در دوره شیردهی: وضعیت کاری مادران شیرده در دوره شیردهی مطالعه شد و مشخص گردید که بار کاری ۳۰٪ مادران با قبل از شیردهی تفاوتی ندارد که نیازمند همکاری و همیاری شوهران و سایر اعضای خانواده می باشد.

وضعیت استراحت مادران شیرده در دوره شیردهی: وضعیت استراحت مادران شیرده در دوره شیردهی مطالعه شد و مشخص گردید که حدود ۳٪ مادران در دوره شیردهی اصلاً استراحت ندارند و حدود ۱۶٪ مادران نیز استراحت کمی دارند که نیازمند همکاری و همیاری شوهران و سایر اعضای خانواده می باشد.

وضعیت پاسخ های صحیح مادران به سؤالات آگاهی: فراوانی پاسخ صحیح مادران به تک تک سؤالات آگاهی در قبل و بعد آموزش مورد مطالعه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ذیل مشاهده می شود:

جدول ۹: توزیع فراوانی پاسخ های صحیح مادران مورد مطالعه به سؤالات آگاهی در قبل و بعد آموزش

سؤالات آگاهی / جوابهای صحیح قبل		قبل از آموزش		بعد از آموزش	
و بعد آموزش		تعداد	درصد	تعداد	درصد
مدت زمان کفایت شیر مادر به تنهایی		۲۵۴	۸۱/۵	۲۹۰	۹۵/۷
اولین غذای کمکی شیرخوار		۲۹۳	۹۶/۷	۳۰۰	۹۹
غذاهای مجاز بلافاصله بعد از تولد		۲۸۵	۹۴/۱	۲۹۹	۹۸/۷
مدت زمان دوره کامل شیردهی شیرخوار		۲۳۶	۷۷/۹	۲۸۳	۹۳/۴
زمان شروع استفاده از غذای سفره خانواده		۲۲۳	۷۳/۶	۲۳۷	۷۸/۲
نوبتهای مراجعه کودکان سالم در سال اول		۱۵۲	۵۰/۲	۲۲۰	۷۲/۶
نوبتهای مراجعه کودکان بیمار در سال اول		۱۹۷	۶۵	۲۱۶	۷۱/۳
معنی و تفسیر پایین بودن وزن زیر صدک سوم		۱۱۵	۳۸	۲۰۷	۶۸/۳
قطره های کودک بعد از پایان ۶ ماهگی		۲۷۶	۹۱/۱	۲۸۸	۹۵
کیفیت و نحوه از شیر گرفتن کودک		۲۴۹	۸۲/۲	۲۷۱	۸۹/۴
روش مناسب تغذیه شیرخوار با غذای کمکی		۲۶۳	۸۶/۸	۲۸۱	۹۲/۷
زمان مناسب تغذیه شیرخوار با غذای کمکی		۲۱۰	۶۹/۳	۲۷۲	۸۹/۸
روش حذف غذای حساسیت دهنده به شیرخوار		۱۲۶	۴۱/۶	۱۸۶	۶۱/۴
روش مناسب تغذیه شیرخوار در زمان بیماری		۲۴۳	۸۰/۲	۲۷۶	۹۱/۱
نقش شیر مادر در پیشگیری از اسهال و استفراغ		۲۱۳	۷۰/۳	۲۷۸	۹۱/۷
مقایسه شیر مادر با شیر گاو و شیر خشک		۲۸۵	۹۴/۱	۲۸۵	۹۴/۱
مدت زمان نگهداری شیر مادر در دمای اتاق		۱۶۴	۵۴/۱	۲۲۴	۷۳/۹
زمان توصیه شده شروع تغذیه کمکی		۲۵۱	۸۲/۸	۲۷۸	۹۱/۷

همانطور که در جدول بالا ملاحظه میشود کمترین پاسخهای مادران هم در قبل و هم بعد از آموزش به سؤالات شماره

های: ۶- نوبتهای مراجعه کودکان بیمار در سال اول زندگی ، ۷- نوبتهای مراجعه کودکان سالم در سال اول زندگی، ۸-

معنی و تفسیر پایین بودن وزن زیر صدک سوم، ۱۳- روش مناسب حذف غذای حساسیت دهنده شیرخوار و ۱۷- مدت زمان نگهداری شیر مادر در دمای اتاق مربوط می شود. آگاهی پایین در خصوص نوبت های مراجعه احتمالاً بخاطر تداخل یادگیریهای قبلی مادران باشد. زیرا، طبق برنامه های قبلی کودکان زیر یکسال گروه ویژه، هر ۱۵ روز و کودکان سالم هر ماه مراجعه می نمودند ولی طبق برنامه های جاری کودکان بیمار ماهانه و کودکان زیر یکسال سالم هر ۲ ماه باید به بهداشت مراجعه کنند. مورد دوم سؤال در مورد معنی صدک بود و علت پایین جواب درست مادران شاید بخاطر سخت بودن یادگیری و فهم صدکها باشد. در خصوص پایین بودن آگاهی مادران از نحوه حذف غذای حساسیت دهنده می توان گفت که نحوه حذف غذای حساسیت دهنده کودک از موضوعات استثنایی محسوب می شود و در نهایت نگهداری شیر دوشیده شده مادر در اتاق هم به مادران شاغل مربوط می شود که در این تحقیق تعدادشان خیلی کم بود. ولی در عین حال نیازمند تلاش بیشتر کارکنان می باشد. آزمون آماری تی زوج نشان داد که اختلاف میانگین آگاهی قبل و بعد از آموزش مادران معنی دار بود.

وضعیت پاسخ های صحیح مادران به سؤالات آگاهی در گروه شاهد: همان زمان با اجرای برنامه توسط کارکنان و رابطان، جهت کنترل عملکرد آنان، ۴۰ نفر از مادران واجد شرایط توسط دانشجوی رشته رادیولوژی مورد مطالعه قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۱۰ مشاهده می شود:

جدول ۱۰: توزیع فراوانی پاسخ های صحیح مادران گروه شاهد به سؤالات آگاهی در قبل و بعد آموزش

ردیف	سؤالات آگاهی / جوابهای صحیح قبل آموزش گروه شاهد	قبل از آموزش	
		تعداد	درصد
۱	مدت زمان کفایت شیر مادر به تنهایی	۳۶	۹۰
۲	اولین غذای کمکی شیرخوار	۳۸	۹۵
۳	غذاهای مجاز بلافاصله بعد از تولد	۳۸	۹۵
۴	مدت زمان دوره کامل شیردهی شیرخوار	۳۵	۸۷/۵
۵	زمان شروع استفاده از غذای سفره خانواده	۲۰	۵۰
۶	نوبتهای مراجعه کودکان سالم در سال اول زندگی	۳۱	۷۷/۵
۷	نوبتهای مراجعه کودکان بیمار در سال اول زندگی	۱۶	۴۰
۸	معنی و تفسیر پایین بودن وزن زیر صدک سوم	۱۲	۳۰
۹	قطره هایی که بعد از پایان ۶ ماهگی به کودک داده میشود	۲۶	۶۵
۱۰	کیفیت و نحوه از شیر گرفتن کودک	۲۹	۷۲/۵
۱۱	روش مناسب تغذیه شیرخوار با غذای کمکی	۳۴	۸۵
۱۲	زمان مناسب تغذیه شیرخوار با غذای کمکی	۳۱	۷۷/۵
۱۳	روش مناسب حذف غذای حساسیت دهنده به شیرخوار	۲۶	۶۵
۱۴	روش مناسب تغذیه شیرخوار در زمان بیماری	۳۷	۹۲/۵
۱۵	نقش شیر مادر در پیشگیری از بروز اسهال و استفراغ	۲۸	۷۰
۱۶	مقایسه شیر مادر با شیر گاو و شیر خشک	۳۸	۹۵
۱۷	مدت زمان نگهداری شیر مادر در دمای اتاق	۱۷	۴۲/۵
۱۸	زمان توصیه شده شروع تغذیه شیرخوار با غذای کمکی	۳۱	۷۷/۵

اگر درصد پاسخهای صحیح جداول شماره ۹ و ۱۰ را مقایسه نماییم مشخص می شود که در سئوالات شماره ۳، ۷ و ۱۲ میانگین نمرات گروه شاهد بیشتر از گروه مورد است، در سئوالات شماره ۲، ۱۱، ۱۵ و ۱۶ میانگین نمرات تقریباً مساوی و در بقیه موارد (۹ سؤال) نمرات گروه مورد بیشتر از گروه شاهد می باشد که احتمالاً این اختلاف بعلت سوگیری پرسشگران و آموزش دهندگان باشد. زیرا در گروه شاهد، پرسشگر اطلاعات لازم در مورد محتوای سئوالات پرسشنامه نداشت اما در گروه مورد، خود رابطان و کارکنان پرسشنامه ها را بین مادران توزیع و جمع آوری می کردند و اطلاعات لازم را دارا بودند. هر چند در جلسه آموزشی و توجیهی از آنان خواسته شده بود که در پرسشنامه صرفاً اطلاعات مادران را درج کنند.

میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد با مورد: میانگین نمرات آگاهی قبل از آموزش گروه مورد با گروه شاهد بررسی گردید. میانگین و انحراف معیار آگاهی ۳۰۳ نفر از مادران مورد مطالعه قبل از آموزش $2/65 \pm 13/29$ بود در حالی که میانگین نمرات آگاهی گروه شاهد $2/5 \pm 11/7$ بود. مقایسه میانگین آگاهی قبل از آموزش گروههای مورد مطالعه با گروه شاهد نشان داد که اختلاف میانگین آگاهی ها معنی دار نیست.

وضعیت آگاهی قبل و بعد مادران با استفاده از روشهای حضوری و غیرحضوری آموزش: میانگین آگاهی مادران در قبل و بعد آموزش و تاثیر روشهای آموزش مورد مطالعه قرار گرفت.

جدول ۱۱: میانگین نمرات آگاهی مادران در زمینه تغذیه شیرخواران در قبل و بعد از آموزش

P value	تعداد انحراف معیار		میانگین	روش	
P<0/05	۵۴	۲/۵	۱۴/۵	حضور کارکنان	قبل از آموزش
	۲۵	۲/۵	۱۲	غیر حضور کارکنان	
	۱۴۵	۲/۶	۱۲/۸	حضور رابطان بهداشتی	
	۷۹	۲/۵	۱۳/۷	غیر حضور رابطان بهداشتی	
	۵۴	۱/۶۴	۱۵/۵	حضور کارکنان	پس از آموزش
	۲۵	۲	۱۲/۷	غیر حضور کارکنان	
	۱۴۵	۲/۵	۱۵/۲۴	حضور رابطان بهداشتی	
	۷۹	۲/۱	۱۵/۳۴	غیر حضور رابطان بهداشتی	
	۳۰۳	۲/۶۵	۱۳/۲۹		میانگین چهار روش قبل از آموزش
	۳۰۳	۲/۳۴	۱۵/۳۴		میانگین چهار روش پس از آموزش

یافته های این تحقیق نشان داد که میانگین آگاهی قبل و بعد آموزش با استفاده از تی جفت، تفاوت معنی داری دارند ($P<0/05$). یعنی، اختلاف معنی داری بین سطح دانش تغذیه ای مادران (آگاهی) در مورد تغذیه کودکان در قبل و پس از آموزش تغذیه مشاهده شد (جدول ۱۱). همچنین مشخص شد که روش آموزش حضور کارکنان نسبت به آموزش غیر حضور کارکنان موثرتر بود، آموزش حضور و غیر حضور رابطان بهداشت تفاوت معنی دار نداشت. آموزش حضور کارکنان موثرتر از آموزش حضور رابطان بود. آموزش غیر حضور رابطان موثرتر از آموزش غیر حضور کارکنان بود. استفاده از آزمون کای دو نیز، این همبستگی را تایید نمود (با درجه آزادی $df = 3$ و $p < 0.05$).

جدول ۱۲: میانگین ویژگیهای دموگرافیکی مادران و اندازه های آنتروپومتریک کودکان مورد مطالعه در قبل و بعد آموزش

متغیرها / آمار توصیفی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن مادران	۱۶	۴۶	۲۶/۸۷	۵/۸
قد مادران	۱۴۸	۱۸۰	۱۶۱/۵۱	۵/۹
وزن مادران	۴۲	۱۰۸	۶۵/۸۸	۱۱/۱۵
سن پدران	۲۰	۴۸	۳۱/۹۱	۵/۸۱
تعداد وعده های شیردهی در ۲۴ ساعت	۵	۲۰	۱۰/۶۲	۲/۷۶
تعداد وعده های شیردهی در طول شب	۱	۸	۳/۳۸	۱
سن کودک	۲	۶	۴/۳۹	۱/۳۷
قد کودک در بدو تولد	۴۰	۵۸	۴۹/۷۵	۲/۳
قد کودک قبل از آموزش	۴۳	۷۴	۶۱/۸	۴/۶
قد کودک بعد از آموزش	۴۴	۹۹	۶۸/۳۹	۵/۵۱
وزن کودک در بدو تولد	۲/۲	۵/۷	۳/۴۵	۰/۴۷
وزن کودک قبل از آموزش	۳/۳	۱۰/۷	۶/۷۵	۱/۲۸
وزن کودک بعد از آموزش	۵/۵	۱۲	۸/۴۴	۱/۲۴
دور سر کودک در بدو تولد	۳۰	۳۹	۳۵/۰۲	۱/۳۸
دور سر کودک قبل از آموزش	۳۳	۴۸/۵	۴۰/۷۸	۲/۲۱
دور سر کودک بعد از آموزش	۳۶	۵۷	۴۳/۶۶	۲/۰۹

میانگین سن، وزن و قد مادران، سن پدران، تعداد وعده های شیردهی در ۲۴ ساعت و شبانه، سن کودک، قد و وزن و

دور سر کودک در بدو تولد، قبل از آموزش و ۲ ماه بعد از آموزش نیز با استفاده از آمار توصیفی بررسی گردید که

نتایج آن در جدول ۱۲ مشاهده می شود:

وضعیت اندازه های قد، وزن و دور سر دختران و پسران قبل و بعد از آموزش در ماههای مختلف:

میانگین قد، وزن و دور سر دختران و پسران قبل و بعد از آموزش در ماههای مختلف بررسی گردید که نتایج آن در

جداول ۱۳ و ۱۴ ملاحظه می شود.

جدول ۱۳: میانگین و انحراف معیار قد، وزن و دور سر دختران و پسران قبل از آموزش در ماههای مختلف

جنس	متغیرها	ماه دوم	ماه سوم	ماه چهارم	ماه پنجم	ماه ششم
دختر	قد (سانتیمتر)	۵۶ ± ۲/۹	۵۷/۸ ± ۴/۷	۶۱/۴ ± ۳/۸	۶۲/۵ ± ۳	۶۴ ± ۳/۲
	وزن (کیلوگرم)	۵ ± ۰/۷	۵/۷ ± ۰/۸	۶/۷ ± ۰/۹	۷/۱ ± ۰/۴	۷/۳ ± ۱
	دور سر (سانتیمتر)	۳۸ ± ۱/۶	۳۹/۲ ± ۲/۲۲	۴۰/۱ ± ۱/۸	۴۰/۷ ± ۱/۸	۴۱/۵ ± ۲/۱
پسر	قد (سانتیمتر)	۵۷/۵ ± ۲/۵	۵۹/۷ ± ۳/۴	۶۲/۷ ± ۳/۳	۶۳/۳ ± ۴/۷	۶۴/۶ ± ۴/۷
	وزن (کیلوگرم)	۵/۵ ± ۰/۶	۶ ± ۰/۸	۷ ± ۱/۱	۷/۳ ± ۱	۷/۸ ± ۱/۳
	دور سر (سانتیمتر)	۳۹/۲ ± ۱/۹	۳۹/۹ ± ۱/۷	۴۱/۱ ± ۱/۴	۴۱/۴ ± ۱/۷	۴۲/۵ ± ۱/۷

جدول ۱۴: میانگین و انحراف معیار قد، وزن و دور سر دختران و پسران پس از آموزش در ماههای مختلف

جنس	متغیرها	ماه دوم	ماه سوم	ماه چهارم	ماه پنجم	ماه ششم
دختر	قد (سانتی متر)	۶۴/۴ ± ۴/۹	۶۵/۵ ± ۶/۸	۶۷/۸ ± ۵/۶	۶۸/۵ ± ۴/۳	۷۰/۲ ± ۳/۶
	وزن (کیلوگرم)	۷/۱ ± ۱/۱	۷/۸ ± ۱	۸/۳ ± ۱/۳	۸/۵ ± ۱/۲	۸/۷ ± ۱/۱
	دور سر (سانتیمتر)	۴۲ ± ۱/۹	۴۳ ± ۳/۳	۴۳/۶ ± ۱/۹	۴۳/۷ ± ۲/۶	۴۴ ± ۲
پسر	قد (سانتی متر)	۶۶/۳ ± ۶/۷	۶۷ ± ۴	۶۸/۳ ± ۲/۸	۷۰/۴ ± ۵/۳	۷۱/۸ ± ۶/۴
	وزن (کیلوگرم)	۷/۸ ± ۰/۷	۸ ± ۰/۹	۸/۴ ± ۱/۱	۸/۸ ± ۱/۲	۹/۴ ± ۱/۱
	دور سر (سانتیمتر)	۴۳ ± ۱/۶	۴۳/۵ ± ۱/۸	۴۴ ± ۱/۵	۴۴/۵ ± ۱/۷	۴۵ ± ۱/۶

میانگین اندازه های آنتروپومتریک شیرخواران مونث در قبل و بعد از آموزش: میانگین قد، وزن و دور

سر شیرخواران دختر قبل و پس از آموزش بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۱۵ ملاحظه می شود:

جدول ۱۵: میانگین قد، وزن و دور سر شیرخواران دختر قبل و پس از آموزش

متغیر	نوبت سنجش	میانگین	انحراف معیار	P value
قد (سانتیمتر)	قبل از آموزش	۶۱/۴	۴/۷	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۶۷/۷	۵/۵	
وزن (کیلوگرم)	قبل از آموزش	۶/۶	۱/۲	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۸/۳	۱/۲	
دور سر (سانتیمتر)	قبل از آموزش	۴۰/۴	۲/۳	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۴۳/۴	۲/۴	

میانگین اندازه های آنتروپومتریک شیرخواران مذکر در قبل و بعد از آموزش: میانگین قد، وزن و دور

سر شیرخواران پسر قبل و پس از آموزش بررسی گردید که نتایج آن در جدول ۱۶ ملاحظه می شود:

جدول ۱۶. اختلاف میانگین قد، وزن و دور سر شیرخواران پسر قبل و پس از آموزش

متغیر	روش	میانگین	انحراف معیار	P value
قد (سانتی متر)	قبل از آموزش	۶۲/۱	۴/۵	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۶۸/۹	۵/۴	
وزن (کیلوگرم)	قبل از آموزش	۶/۹	۱/۳	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۸/۶	۱/۲	
دور سر (سانتی متر)	قبل از آموزش	۴۱/۱	۲	۰/۰۰۱
	پس از آموزش	۴۳/۸	۱/۷۵	

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

بحث تاثیر روشهای آموزش در میزان آگاهی مادران در خصوص تغذیه شیرخواران مورد ارزشیابی قرار گرفته و در تحقیقات متعدد نشان داده شده که آموزشها بخصوص آموزش چهره به چهره در افزایش آگاهی، موثر بوده است. برای مثال، شهبازی و همکارانش تحقیقی با عنوان بررسی تاثیر روشهای مختلف آموزش در خصوص تغذیه سالم و بهداشت مواد غذایی در ارتقاء آگاهی و نگرش مادران انجام دادند و مشخص شد که آگاهی مادران قبل از آموزش ضعیف بوده و بعد آموزش سطح آگاهی مادران ارتقاء پیدا کرده و نتیجه گیری کردند که آموزش بخصوص آموزش چهره به چهره در مقایسه با آموزش گروهی تاثیر بسزایی در ارتقاء آگاهی و نگرش مادران داشته است (۳۹). در مطالعه حاضر هم این نتیجه بدست آمد که انواع آموزشها بخصوص آموزشهای حضوری موثرتر از آموزش غیرحضوری بوده و لذا می توان گفت که احتمالاً وجود فیدبک فوری در آموزشهای حضوری، پرسش و پاسخ و تداوم و استمرار تعامل با مادران توانسته در این امر موثر باشند. بخصوص این امر در رابطه با بهداشت بیشتر صدق می کند. عبارتی، هر چند رابطه با بهداشت با مادران زیاد ارتباط ندارند و تجربه و تحصیلات همانند کارکنان بهداشتی نمی باشد و تحصیلات اکثر آنان آکادمیک نمی باشد اما چون داوطلبانه و بدون چشمداشت با بهداشت همکاری می کنند و علاقمند به همکاری و آموزش هستند همین ویژگی باعث گردیده که در آموزش مشارکت کنند و آموزش آنها نیز تاثیر مثبتی در افزایش سطح آگاهی مادران و تغییرات آنترپومتریکی کودکان داشته باشد. این یافته، با یافته های دیگران مطابقت می کند (۴۱، ۴۰). اما نکته مهم این است که هر دو روش آموزش حضوری و غیر حضوری هم در کارکنان و هم در رابطه با بهداشتی بر میزان آگاهی مادران در مورد نحوه شیردهی کودکان موثر بوده است. استفاده از کتابچه برای آموزش در واقع یک شیوه خود آموز است و این روش به مادران این امکان را می دهد تا مطالب را به دلخواه خود دنبال کنند و این یک مزیت برای این روش محسوب می شود اما در عین حال ممکن است اصلاً کتابچه را مرور نکنند حتی ممکن است مطالب آن را درک نکنند. در هر حال، استفاده از خودآموز به علاقه و انگیزه افراد و تاکید آموزش دهنده بستگی دارد. در حالی که آموزش چهره به چهره یک روش دو جانبه و نوعاً فعال می باشد و از مزایای روش حضوری، امکان استفاده از پرسش و پاسخ و تهیه فیدبک فوری می باشد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که آموزش تغذیه تاثیر مثبت و افزایشی روی فاکتورهای آنترپومتریکی کودکان نیز داشته است. مطالعات موافق با مطالعه حاضر: گلدن و همکاران تاثیر آموزش روی قد و وزن شیر خواران را مطالعه کردند و نتیجه گرفتند که شیرخواران گروه آموزشی قد و وزن بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد (۴۲). مطالعه ای در هند نشان داد که پس از آموزش مادران در

زمینه تغذیه شیرخواران، آگاهی مادران در این زمینه و بهبودی در کمیت و کیفیت غذای موجب افزایش قد و وزن کودکان شده بود (۴۳) طبق مطالعه ای که در بوشهر در سال ۱۳۷۸ انجام شد مشخص شد که رشد مناسب شیرخواران ۶ تا دوازده ماهه بسته به مدت تغذیه با شیر مادر، سن شروع تغذیه تکمیلی و آگاهی مادران بستگی دارد (۴۴). مطالعه طولی که در سه منطقه برازجان، بردسیر و ایلام انجام شد نشان داد که آموزشهای لازم باعث کاهش سوء تغذیه شده است (۴۵، ۴۶). مطالعه علیدوستی و همکارانش در باره تاثیر آموزش تغذیه تکمیلی و مهارتهای تکاملی به مادران بر روند رشد و تکامل کودکان ۷-۵ ماهه نشان می دهد آموزش تغذیه به مادران توانسته بر افزایش وزن کودکان تاثیر بگذارد ولی بر قد، دور سر و دور بازو تاثیر نداشته است (۴۷). در صورتی که در مطالعه حاضر، آموزش تغذیه علاوه بر وزن بر قد نیز تاثیر گذاشته است. مداخله آموزش والدین و اعضای دیگر خانواده که ممکن است در مراقبت کودک نقش داشته باشد در تغذیه کودک مهم است (۴۸). در این تحقیق مشخص شد که حدود ۷۷ درصد مادران فقط از شیر خود استفاده می کنند در حالی که در تحقیق زاوش و همکارانش مشخص شد که ۴۹/۶٪ کودکان تا سن ۶ ماهگی فقط از شیر مادر استفاده نموده اند (۴۹). از نظر منابع کسب اطلاع در زمینه تغذیه کودک با شیر مادر یافته های پژوهش نشان دادند که اکثر مادران اطلاعات خود را از طریق کارکنان بهداشتی بدست آوردند. با توجه به این که دانش خانمها در مورد تغذیه کودکان در حد مطلوبی بوده می توان به نقش مثبت کارکنان بهداشتی در انتقال دانش تغذیه اذعان کرد اما برخی از مطالعات نشان می دهد که تلویزیون مهمترین عامل تاثیرگذار در دانش تغذیه ای آنها است (۵۰) در حالی که در مطالعه حاضر تلویزیون در رتبه ششم قرار دارد. مطالعات نشان داده که با افزایش سطح آگاهی تغذیه ای مادران، میزان بروز سوء تغذیه شیرخواران کاهش می یابد و در مطالعه حاضر نیز صدکهای رشد کودکان تحت مطالعه منطبق با صدکهای رشد NCHS بود که می توان گفت که بهبود وضعیت تغذیه ای مادران و آموزش های داده شده، موجب افزایش آگاهی مادران در زمینه تغذیه کودکان گردیده است. در نهایت اینکه این بررسی نشان داد که آموزش تغذیه مادران روی اندازه های آنتروپومتریک کودکان می تواند موثر باشد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مادران با استفاده از روشهای حضوری و غیرحضوری بر افزایش آگاهی آنان و رشد شیرخواران موثر بوده و روش آموزش حضوری کارکنان بهداشتی موثرتر از سه روش دیگر بود.

محدودیت‌های این طرح: عدم دسترسی به مادران واجد شرایط بزرگترین محدودیت این طرح بود.

پیشنهادهای: با توجه به محدودیت‌های مالی و زمانی پیشنهاد می شود که مشابه این طرح در سایر شهرستانهای استان نیز انجام بگیرد، با توجه به اینکه کتابچه تهیه شده سیاه و سفید بود در طرحهای دیگر روش بحث گروهی یا روش پرسش و پاسخ با توزیع کتابچه های رنگی مورد مقایسه قرار گیرد، با توجه به مشکلات مراجعه به منازل و آموزش چهره به چهره پیشنهاد می شود که در محلات پر جمعیت همایشها و جشنوارهایی برگزار شود و خانمهای شیرده به این جشنواره ها دعوت و تاثیر آن بررسی گردد.

تشکر: با توجه به اینکه این طرح با حمایت مالی شورای پژوهشی دانشگاه و همکاری کارکنان مرکز بهداشت شهرستان اردبیل و با مشارکت رابطان بهداشت به اجرا در آمد لذا بدینوسیله از همه آنان تشکر و قدر دانی می شود.

Comparing the effect of presence and distance education methods by health staffs and health volunteers on knowledge of mothers feeding their infants and infant anthropometric changes

Introduction: applying strategies to improve the nutritional pattern in early nutritional health are priorities. One of this strategies, is Nutrition health education. Types of training offered to mothers, but less impact training has been assessed. This study aimed and selected and were implemented to determine and compare the effect of presence and distance education methods by health staffs and health volunteers on knowledge of maternal related to infant nutrition and anthropometrics pattern.

Methods: The project was a quasi-experimental study. In this plan, the impact of in-person training methods including face to face training and distance education by using a training manual by health staff and health volunteers of Ardabil health centers was investigated. Our research population were mothers and under 6 months of their infants that referred in the last three months of 1387 and the first three months of 1388 to Ardabil city health centers. In this study, the number of 303 mothers from 16 health center as random samples were selected and studied. Data gathering tool was a questionnaire that has Reliability and validity. In this study, 303 mothers with children under 6 months of different health care centers of Ardabil were studied. Reliability and validated of a questionnaire was used for data gathering. Educational intervention program was done and after two months was re-evaluated. Data were analyzed by spss and Epi-info soft wares .

Results: The results showed that the mean maternal age of mothers was $26/9 \pm 5/8$. Approximately 90% of mothers were housewives, about 75% of mothers use self breast feeding and only 3% of them used Milk formula. More information lactating women, respectively, through the health staffs and health volunteers had won. The findings of this research by using of ANOVA test showed that the methods of training employees toward non-attendance was more . average difference in the four methods was significant ($P < 0/05$). Significant difference was observed between nutritional knowledge about feeding their children before and after training ($p < 0.05$). Nutrition education to mothers significantly increased their level of knowledge about how to

feed children after training ($p < 0.05$). Between methods of education and awareness after training there was a significant difference ($p < 0.05$). Significant difference was observed between height and weight before training and after training ($p < 0.05$). The findings of this research showed that nutritional education to mothers has positive effect on incremental growth charts of height and weight percentile infants(P). Nutrition education to mothers significantly increased their level of knowledge about how to feed children after training ($p < 0.05$).

Conclusion: Although staff training in person was more effective than others, but all four methods to increase awareness and changes in anthropometric was effective. Combination of presence and non-presence education can be used to better of knowledge and health promoting behavior and preventive child nutrition. But face to face is better for training to be considering .

Key words: Methods of education, mothers, infants, anthropometric, Ardebil

- 1) Ruston C, Kirk T, Belton N. The contribution of specific dietary patterns to energy and nutrient intakes in 7 – 8 year old Scottish school children. III snacking habit. The Journal of Human Nutrition and Dietetics. 1996:9:23-31.
- 2) Weigley ES, Mueller DH, Robinson CH. Roinson's Basic Nutrition and Diet Therapy. 8th Edition, Prentice-Hall: UK, 1997.
- 3) Nutrition Ward of Health Ministry. Nutritional Knowledge of Improving infant Growth. Shiraz Province Health Center: 2001:1- 12.

۴) اداره تغذیه معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان، آموزش پزشکی. مجموعه آموزشی تغذیه کودکان. ۱۳۷۸،

صفحه های ۷-۲، ۳۹-۱۸.

- 5) ADA group. Position of the American dietetic association. Dietary guidance for healthy children ages 2 to 11 years. J Am Diet Assoc 2004: 104: 6660 - 6770.
- 6) Behrman Richard et al . Nelson Textbook of Pediatric. 1996: pp:125 – 164.
- 7) Variyamjathan N. Over weight children: Is Parental nutrition Knowledge a factor. Food review 2001: 24(2): 18 – 22.
- 8) Chirmulay D, Nisal R. Nutritional status of tribal under five children in Ahmadnagar District, Maharashtra in relation to weaning/feeding practices. Indian Padiatr. 1993: 30: 215 – 22.
- 9) Ruel MT, Menon P. Child feeding practices are associated with child nutrition status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. J Nutr. 132 : 1180-7, 2002.
- 10) George SG., Heng-Chun F., Xiao M. Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan. China J Nutr. 130: 1204 – 1211, 2000.
- 11) Sethi V, Kashyap S, Seth V. Effect of nutrition education of mothers on infant feeding practices. The Indian Journal of Pediatrics. 2003:70(6):463 –6.

۱۲) کهبازی منیژه، چهرئی علی. تعیین اثر آموزش تغذیه تکمیلی توسط پزشک بر وزن اطفال ۲۴ – ۶ ماهه دارای

اختلال رشد.

13) Walsh CM, Dannhauser A, Joubert G. The impact of a nutrition education program on the anthropometric nutritional status of low income children in south Africa. Public Health Nutrition 2002; 8(1): 3 – 9

14- Sue, Rodwell Williams: Basic Nutrition & Diet Treapy; eleven edition, 2001, Mosby , pp 4 , 10

۱۵- شهبازی منیژه و چهرش علی: تعیین اثر آموزش تغذیه تکمیلی توسط پزشک بر وزن اطفال ۲۴ – ۶ ماهه دارای

اختلال رشد؛ مجله د ع پ اراک، فصلنامه ره آورد دانش، س هفتم شماره سوم، پائیز ۱۳۸۳، صص ۲۶-۲۱

۱۶- محبوب سلطانه‌لی: اثر آموزش رفتاری و تغذیه ای مادر و مکمل یاری روی درمان نارسائی رشد کودکان ۳۶ – ۶

ماهه تحت پوشش منطقه اسد آبادی تبریز؛ خلاصه مقالات اندکس شده مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۷- خاتمی، محمد رضا و همکاران: کتاب جامع بهداشت عمومی؛ جلد سوم ص ۱۴۷۲

18- Robert EC Wildman, Denis M Medeiros: Advanced Human Nitriton, 2000, CRC Press LLC, PP37

۱۹- پارک، ک: خلاصه درس نامه پزشکی پیش گیری و پزشکی اجتماعی؛ مترجم: اعضای هیئت علمی دانشگاههای

علوم پزشکی کشور، چ اول ۱۳۸۴ ص ۳۴۲ -

۲۰- مجیدپور علی و همکاران: تعیین اولویتهای پژوهشی حوزه سلامت در استان اردبیل به عنوان یک تجربه؛ فصلنامه

پزشکی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، سال سوم، ش نهم، پائیز ۱۳۸۲ صص ۲۱ – ۷

۲۱- مومن نسب م: مقایسه میزان یادگیری ذهنی دانشجویان پرستاری با دو روش آموزش ویدئویی و سخنرانی؛ دومین

کنگره سراسری آموزش پزشکی؛ خلاصه مقالات آموزش پزشکی کشور ۱۳۷۸ – ۱۳۵۸؛ مرکز غدد درون ریز و

متابولیسم ص ۱۵۹

۲۲- اسماعیل نسب نادر و مجدزاده سید رضا: بررسی اپیدمیولوژیک مرده زایی، مرگ نوزادی و عوامل موثر در آنها در

استان کردستان سال ۱۳۷۷؛ مجله پژوهشی حکیم شماره چهارم، صص ۲۷۷ – ۲۷۲

۲۳- حکیمی، م: تاثیر آموزش روی تکمیلی بر اندازه وزن و قد کودکان؛ مجله فیض، پائیز ۱۳۷۸، سال سوم، شماره ۱۱،

صص ۹ – ۱

24- Expertise committee; Growth development; The state of child; 1995; p39-

49

- 25- Georgia S, Guldán, Heng-Chun fan, et al. Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan, China. China J Nutrition. 2000; 6 (30): 1204- 1211
- 26- Sethi V, Kashyap S, Seth V. Effect of nutrition education of mothers on infant feeding practices. The Indian Journal of Pediatrics. 2003; 70(6): 463 –
- 27- Salehi M, Kimiagar SM, Shahbazi M, et al. Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Indian nomadic children an application of a modified attitudes subjective- norm and enhabling- factors model. Br J Nutr. 2004; 41(8): 657 – 9.
- 28- Baker JL, Michaelsen KF, Rasmussen KM, et al. Maternal prepregnant body mass index, duration of breastfeeding, and timing of complementary food introduction are associated with infant weight gain. Am J Clin Nutr. 2004; 80(6):1579-88.
- 29- Hitchcock NE, Gracey M. Growth of healthy breast-fed infants in the first six months. Lancet. 1981;2(8237):64-5.
- 30- Diaz S, Herreros C, Aravena R, et al. Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. Am J Clin Nutr. 1995; 62:371-6.

۳۱- حیدر نیا علیرضا، شریفی پروین و بابائی غلامرضا: بررسی مقایسه ای روشهای آموزش تغذیه با شیر مادر؛ مجله علوم

پزشکی مدرس، سال اول، ش اول، ۱۳۷۷، صص ۲۱ – ۱۷

۳۲- خراسانی پروانه، الحافی فاطمه و کیمیاگر مسعود: مقایسه دو روش آموزش بهداشت بر عملکرد مادران و تغذیه

دختران نوجوان بمنظور پیشگیری از کم خونی فقر آهن در دبیرستانهای شمال شهر اصفهان ۷۸- ۱۳۷۷؛ مجله

دانشور، دوره ۸، ش ۳۴، شهریور ۱۳۸۰ صص ۲۶ – ۱۹

۳۳- هاشمی و همکاران: تاثیر آموزش و مشاوره بر میزان موفقیت در شیردهی انحصاری با تاکید بر لزوم ترویج

آموزش بهداشت در جامعه و نقش پرستار مراقبتهای اولیه بهداشتی

۳۴- علی اکبری فاطمه و میترا توحیدی: عنوان بررسی علل عدم مراجعه خانوارهای تحت پوشش مرکز

بهداشتی درمانی شهید جعفری؛ فصلنامه رابط سلامت، س پنجم ش ۱۵، تابستان ۱۳۸۱، ص ۹

۳۵- مشایخی نادیا؛ امینی مریم و هادی، محمد علی: تعیین ارتباط بین وجود رابط بهداشتی و انجام مراقبتهای

بهداشتی اولیه در خانوارهای مراکز بهداشتی – درمانی شهرستان اراک در سال ۱۳۸۳، ص ۷۶

- ۳۶- رمضانخانی علی، توحیدی میترا و منیره یونسی کنشگری: اثر بخشی برنامه رابطان بهداشت بر میزان آگاهی و عملکرد بهداشتی خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی شهری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۸۲؛ دومین همایش سراسری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، آذر سال ۱۳۸۴، ص ۲
- ۳۷- نقیبی سید ابوالحسن و همکاران: بررسی اثر آموزش به روش سخنرانی به همراه ارائه بسته های آموزشی در خصوص تغذیه تکمیلی بر مادران دارای کودک ۶ تا ۲۴ ماهه مراکز بهداشتی درمانی شهرستان چاورادیماق؛ دومین همایش سراسری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، آذر سال ۱۳۸۴، ص ۵
- ۳۸- کیقبادی کیخسرو، سیاسی فریدون و حسین ملک افصلی: تاثیر آموزش مادر بر وضع تغذیه کودکان خانوارهای حاشیه نشینی شهر کرمان؛ فصلنامه حکیم دوره ۵ شماره ۱، بهار ۱۳۸۱ ص ۵۵ -
- ۳۹- شهبازی منیژه و چهرش علی: تعیین اثر آموزش تغذیه تکمیلی توسط پزشک بر وزن اطفال ۲۴ - ۶ ماهه دارای اختلال رشد؛ مجله د ع پ اراک، فصلنامه ره آورد دانش، س هفتم شماره سوم، پائیز ۱۳۸۳، صص ۲۶-۲۱
- ۴۰- صدرزاده و همکاران. مقایسه دو روش آموزش تغذیه در مورد صبحانه بر عملکرد دانش آموزان سال چهارم دبستانهای نخترا نه منطقه ۶ آموزش و پرورش تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. دوره چهار شماره ۱. بهار ۱۳۸۵. صفحات ۷۲ - ۶۵.
- ۴۱- صابری . بررسی ارزیابی رشد و تغذیه کودکان زیر سه سال در شهر ری و ارائه طرح استفاده از رابطین بهداشتی . پایان نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش پرستاری. دانشکده پزشکی . دانشگاه تربیت مدرس. تهران ۱۳۷۲.
- ۴۲- صادقی و صالحپور . بررسی عملکرد و ارزیابی مقایسه ای طرح رابطین بهداشت شهر شیراز ۱۳۷۵. خلاصه مقالات اولین همایش ملی پژوهش شبکه های بهداشتی - درمانی خراسان. مشهد. ص ۱۶۸. ۱۳۷۶.

43- Georgia S, Guldán, Heng-Chun fan, et al. Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan, China. China J Nutrition. 2000; 6 (30): 1204- 1211

44- Jahanpour F, Azodi P. Growth of infants in Bushehr Port; a longitudinal study Iranian South Medical Journal 1999; 2 (2): 144-150

45- Malek Afzali H, Sheykhoul Eslam R, Kimiagar M, et al. Multi- disciplinary interventional model for reducing malnutrition among children in Iran Hakim Research Journal. 2003; 1 (6): 1-6.

46-Malekafzali H, Abdollahi Z, Mafi A. Community based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 6 years of age in the Islamic Republic of Iran. East Mediter Health J. 2000: 6(2 – 3): 238 – 45.

۴۷- علیدوستی شهرکی کبری، حسینی نسب علی، فروهری صدیقه. تاثیر آموزش تغذیه تکمیلی و مهارت‌های تکاملی به مادران بر روند رشد و تکامل کودکان ۷-۵ ماهه مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شیراز ۱۳۸۲. مجله پژوهشی حکیم. تابستان ۱۳۸۷. دوره یازدهم، ش دوم. ص ۳۸-۳۳.

48- Salehi M, Kimiagar SM, Shahbazi M, et al. Assessing the impact of nutrition education on growth indices of Indian nomadic children an application of a modified attitudes subjective- norm and enhabling- factors model. Br J Nutr. 2004: 41(8): 657 – 9.

49- Walsh CM, Dannhauser A, Joubert G. The impact of a nutrition education program on the anthropometric nutritional status of low income children in south Africa. Public Health Nutrition 2002: 8(1): 3 – 9

۵۰- رستمی علی. تلویزیون و کودکان. رسانه ای خاص برای مخاطبانی خاص. چاپ اول سروش. ۱۳۷۶

پرسشنامه قبل از آموزش

سرکار خانم
بهداشت
با سلام
کارمند محترم / رابط بهداشتی محترم مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه

این پرسشنامه به منظور بررسی تاثیر آموزش رابطان و کارکنان بهداشتی بر آگاهی مادران دارای شیرخوار ۲ تا ۶ ماه و اندازه های قد و وزن شیرخواران آنان تهیه شده. خواهشمند است با مادران واجد شرایط مصاحبه نموده و گزینه های زیر را با پاسخهای صادقانه آنها و نیز اطلاعات موجود در پرونده بهداشتی آنان تکمیل نموده و ما را این طرح یاری نمایید. ضمناً اطلاعات درج شده آنان در این پرسشنامه محرمانه بوده و صرفاً برای این مطالعه بکار خواهد رفت.

مجری طرح: یوسف حمیدزاده

نام مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت: شماره پرونده شیرخوار: تاریخ تکمیل:
الف) مشخصات فردی:

- (۱) سن مادر: (۲) تحصیلات مادر: (۳) منطقه سکونت:
- (۴) شغل مادر: خانه دار ☐ شاغل ☐ در صورت شاغل بودن نوع شغل (دولتی ☐ آزاد ☐)
- (۵) وضعیت مالکیت مسکن خانواده مادر: شخصی ☐ پدري ☐ اجاره ای ☐ سازمانی ☐
- (۶) نوبت حاملگی اخیر مادر: اولین ☐ دومین ☐ سومین و بیشتر ☐
- (۷) اندازه قد مادر: (۸) اندازه وزن مادر: (۹) تعداد حاملگی های ناخواسته:
- (۱۰) میزان همکاری پدر و سایر خانواده با مادر: کم و نامطلوب ☐ متوسط و رضایت بخش ☐ خوب و مطلوب ☐
- (۱۱) آیا حاملگی اخیر ناخواسته بود؟ بلی ☐ خیر ☐
- (۱۲) سن پدر کودک: ساله (۱۳) میزان تحصیلات پدر: (۱۴) تعداد فرزندان زنده خانواده: (۱۵) تعداد فرزند دختر: (۱۶) تعداد فرزند پسر: (۱۷) جنس شیرخوار اخیر: دختر ☐ پسر ☐
- (۱۸) طرق آشنایی با روش شیردهی و تغذیه تکمیلی:

- الف) تلویزیون: بلی ☐ خیر ☐ (ب) رادیو: بلی ☐ خیر ☐ (ج) کتاب، روزنامه و مجله: بلی ☐ خیر ☐ (د) همسر: بلی ☐ خیر ☐ (ه) فامیل، دوست و آشنا: بلی ☐ خیر ☐ (و) همکار: بلی ☐ خیر ☐ (ز) محل تحصیل: بلی ☐ خیر ☐ (ح) همسایه: بلی ☐ خیر ☐ (ط) کارکنان مراکز بهداشتی درمانی: بلی ☐ خیر ☐ (ی) رابط بهداشتی: بلی ☐ خیر ☐ (ک) سایر منابع (ذکر شود):

(۱۹) وضعیت شیردهی کودک در حال حاضر:

- الف) فقط با شیر خودم تغذیه میکنم (ب) علاوه بر شیر خودم از تغذیه تکمیلی نیز استفاده میکنم
ج) فقط از شیر خشک استفاده می کنم (د) از شیر خشک و تغذیه تکمیلی استفاده می کنم

۲۰) آیا قبل از زایمان و در هنگام مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشت یا مشاوره، راجع به روش شیردهی و تغذیه تکمیلی، اطلاعات کافی به شما داده شد؟ بلی □ خیر □

۲۱) آیا از عمل خود در خصوص روش شیردهی و تغذیه تکمیلی راضی هستید؟

کاملاً راضی هستم □ تا حدی راضی هستم □ خیلی کم راضی هستم □ اصلاً راضی نیستم □

۲۲) در شبانه روز بطور متوسط چند نوبت به شیرخوار شیر میدهید؟

۲۳) چند نوبت در ساعات شب به شیرخوار شیر میدهید؟

۲۴) آیا بار کاری شما فرقی با قبل از حاملگی و شیردهی دارد؟ بلی خیر

۲۵) میزان استراحت شما در دوره شیردهی چقدر است؟ کافی معمولی کم

استراحت ندارم

۲۶) مشخصات آنتروپومتریک کودک: سن شیرخوار: ماهه قد هنگام تولد: سانتیمتر وزن هنگام تولد: کیلوگرم دور سر هنگام تولد: سانتیمتر وضعیت سلامت کودک هنگام تولد: سالم بیمار سن شیرخوار بر حسب ماه در آخرین توزین: ماهه قد کودک در آخرین توزین: سانتیمتر وزن کودک در آخرین توزین: کیلوگرم دور سر در آخرین توزین: سانتیمتر وضعیت سلامت کودک در آخرین توزین:

ب) سئوالات مربوط به آگاهی مادران راجع به روش شیردهی و تغذیه تکمیلی:

۱- به نظر شما، شیر مادر به تنهایی تا چند ماهگی کافی است؟

الف) پایان ۳ ماهگی ب) پایان ۵ ماهگی ج) شروع ۷ ماهگی د) شروع ۹ ماهگی

۲- به نظر شما، اولین غذای کمکی شیر خوار کدام است؟

الف) فرنی یا حریره بادام ب) شیر خشک و یا زرده تخم مرغ ج) کره یا قند آب د) نمی دانم

۳- بعد از تولد، دادن چه چیزهایی به شیر خوار مجاز است؟

الف) فقط آغوز و شیر مادر ب) شیر مادر و قند آب ج) شیر مادر و کره طبیعی د) نمی دانم

۴- به نظر شما تغذیه با شیر مادر تا چند ماهگی باید ادامه داد؟

الف) تا پایان یکسالگی ب) تا پایان ۱۸ ماهگی ج) تا پایان دو سالگی د) تا پایان ۳۰ ماهگی

۵- به نظر شما، از چند ماهگی می توان به کودک غذای سفره خانواده را خوراند؟

الف) پایان ۳ ماهگی ب) پایان ۵ ماهگی ج) شروع ۷ ماهگی د) شروع یکسالگی

۶- در سال اول تولد کودک، باید هر چند یکبار کودک سالم را جهت اندازه گیری قد و وزن به مرکز بهداشتی / پایگاه بهداشتی برد؟

الف) هر ماه ب) هر دو ماه ج) هر سه ماه د) هر موقع که نیاز باشد

۷- در سال اول تولد کودک، باید هر چند یکبار کودک بیمار را جهت اندازه گیری قد و وزن به مرکز بهداشتی/ پایگاه بهداشتی برد؟

الف) هر ماه (ب) هر دو ماه (ج) هر سه ماه (د) هر موقع که نیاز باشد

۸- وقتی وزن کودک زیر صدک پنجاهم باشد ولی نسبت به دوره قبل بهتر باشد نشانه چیست؟

الف) رشد خوب کودک (ب) رشد معمولی کودک (ج) عدم رشد کودک (د) کاهش رشد کودک

۹- کودک ۶ تا ۱۲ ماهه کدام مکمل دارویی را باید دریافت بکند؟

الف) قطره مولتی ویتامین یا آ-د (ب) قطره آهن (ج) قطره آهن و آ-د (د) قطره مولتی ویتامین یا آ-د و قطره آهن

۱۰- از شیر گرفتن کودک چگونه باید باشد؟

الف) یکدفعه از شیر گرفته شود (ب) بتدريج از شیر گرفته شود (ج) هر زمان که کودک شیر نخورد (د) نمی دانم

۱۱- مناسب ترین روش دادن غذای کمکی به کودک چیست؟

الف) با قاشق دادن (ب) با بطری و پستانک دادن (ج) با دست دادن (د) فرقی نمی کند

۱۲- در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه، دادن غذای کمکی چگونه است؟

الف) قبل از شیر دهی (ب) بعد از شیردهی (ج) فرقی نمی کند (د) نمی دانم

۱۳- اگر کودک به غذای کمکی حساسیت داد، چه روشی مناسب است؟

الف) حذف آن از وعده های غذایی (ب) ادامه تغذیه با همان غذا (ج) حذف موقتی و شروع مجدد آن پس از چند روز

۱۴- هنگام ابتلا کودک به بیماری، تغذیه با شیر مادر چگونه باید باشد؟

الف) شیردهی ادامه یابد (ب) شیر مادر موقتاً قطع شود (ج) نمی دانم

۱۵- آیا شیر مادر در پیشگیری از اسهال و استفراغ نقش دارد؟

الف) بلی (ج) خیر (د) نمی دانم

۱۶- بنظر شما، خواص و ترکیب کدام شیر برای کودک مناسب تر است؟

الف) شیر مادر (ب) شیر خشک (ج) شیر خشک (د) نمی دانم

۱۷- شیر دوشیده شده مادر، تا چند ساعت در دمای اتاق معمولی قابل نگهداری است؟

الف) تا ۶ ساعت (ب) تا ۱۲ ساعت (ج) تا ۲۴ ساعت (د) فقط چند دقیقه

۱۸- اگر هنوز غذای کمکی کودکان شروع نشده دوست دارید غذای کمکی چه زمانی شروع شود؟

الف) پایان چهار ماهگی (ب) پایان ۶ ماهگی (ج) پایان ۷ ماهگی (د) پایان ۸ ماهگی

پرسشنامه ۲ ماه پس از آموزش

قد: وزن: دور سر: تاریخ تکمیل: وضعیت سلامت کودک:

ب) سنوالات مربوط به آگاهی مادران راجع به روش شیردهی و تغذیه تکمیلی:

- ۱- به نظر شما، شیر مادر به تنهایی تا چند ماهگی کافی است؟
(الف) پایان ۳ ماهگی (ب) پایان ۵ ماهگی (ج) شروع ۷ ماهگی (د) شروع ۹ ماهگی
- ۲- به نظر شما، اولین غذای کمکی شیر خوار کدام است؟
(الف) فرنی یا حریره بادام (ب) شیر خشک و یا زرده تخم مرغ (ج) کره یا قند آب (د) نمی دانم
- ۳- بعد از تولد، دادن چه چیزهایی به شیر خوار مجاز است؟
(الف) فقط آغوز و شیر مادر (ب) شیر مادر و قند آب (ج) شیر مادر و کره طبیعی (د) نمی دانم
- ۴- به نظر شما تغذیه با شیر مادر تا چند ماهگی باید ادامه داد؟
(الف) تا پایان یکسالگی (ب) تا پایان ۱۸ ماهگی (ج) تا پایان دو سالگی (د) تا پایان ۳۰ ماهگی
- ۵- به نظر شما، از چند ماهگی می توان به کودک غذای سفره خانواده را خوراند؟
(الف) پایان ۳ ماهگی (ب) پایان ۵ ماهگی (ج) شروع ۷ ماهگی (د) شروع یکسالگی
- ۶- در سال اول تولد کودک، باید هر چند یکبار کودک سالم را جهت اندازه گیری قد و وزن به مرکز بهداشتی/ پایگاه بهداشتی برد؟
(الف) هر ماه (ب) هر دو ماه (ج) هر سه ماه (د) هر موقع که نیاز باشد
- ۷- در سال اول تولد کودک، باید هر چند یکبار کودک بیمار را جهت اندازه گیری قد و وزن به مرکز بهداشتی/ پایگاه بهداشتی برد؟
(الف) هر ماه (ب) هر دو ماه (ج) هر سه ماه (د) هر موقع که نیاز باشد
- ۸- وقتی وزن کودک زیر صدک پنجاهم باشد ولی نسبت به دوره قبل بهتر باشد نشانه چیست؟
(الف) رشد خوب کودک (ب) رشد معمولی کودک (ج) عدم رشد کودک (د) کاهش رشد کودک
- ۹- کودک ۶ تا ۱۲ ماهه کدام مکمل دارویی را باید دریافت بکند؟
(الف) قطره مولتی ویتامین یا آ- د (ب) قطره آهن (ج) قطره آهن و آ- د (د) قطره مولتی ویتامین یا آ- د و قطره آهن
- ۱۰- از شیر گرفتن کودک چگونه باید باشد؟
(الف) یکدفعه از شیر گرفته شود (ب) بتدريج از شیر گرفته شود (ج) هر زمان که کودک شیر نخورد (د) نمی دانم
- ۱۱- مناسب ترین روش دادن غذای کمکی به کودک چیست؟
(الف) با قاشق دادن (ب) با بطری و پستانک دادن (ج) با دست دادن (د) فرقی نمی کند
- ۱۲- در کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه، دادن غذای کمکی چگونه است؟
(الف) قبل از شیر دهی (ب) بعد از شیردهی (ج) فرقی نمی کند (د) نمی دانم

- ۱۳- اگر کودک به غذای کمکی حساسیت داد، چه روشی مناسب است؟
 الف) حذف آن از وعده های غذایی ب) ادامه تغذیه با همان غذا ج) حذف موقتی و شروع مجدد آن پس از چند روز
- ۱۴- هنگام ابتلا کودک به بیماری، تغذیه با شیر مادر چگونه باید باشد؟
 الف) شیردهی ادامه یابد ب) شیر مادر موقتاً قطع شود ج) نمی دانم
- ۱۵- آیا شیر مادر در پیشگیری از اسهال و استفراغ نقش دارد؟
 الف) بلی ج) خیر ج) نمی دانم
- ۱۶- بنظر شما، خواص و ترکیب کدام شیر برای کودک مناسب تر است؟
 الف) شیر مادر ب) شیر خشک ج) شیر خشک د) نمی دانم
- ۱۷- شیر دوشیده شده مادر، تا چند ساعت در دمای اتاق معمولی قابل نگهداری است؟
 الف) تا ۶ ساعت ب) تا ۱۲ ساعت ج) تا ۲۴ ساعت د) فقط چند دقیقه
- ۱۸- اگر هنوز غذای کمکی کودکان شروع نشده دوست دارید غذای کمکی چه زمانی شروع شود؟
 الف) پایان چهار ماهگی ب) پایان ۶ ماهگی ج) پایان ۷ ماهگی د) پایان ۸ ماهگی